

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 34

DE LA

DÉCHIRURE des PAUPIÈRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Décembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

AIMÉ GOY

Né à Lyon, le 29 Janvier 1873



LYON

IMPRIMERIE L. SILLAND

9, COURS GAMBETTA, 9

—
Décembre 1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 34

DE LA

DÉCHIRURE des PAUPIÈRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Décembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

AIMÉ GOY

Né à Lyon, le 29 Janvier 1873



LYON

IMPRIMERIE L. SILLAND

9, COURS GAMBETTA, 9

Décembre 1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET..... DOYEN.
LACASSAGNE..... ASSESSEUR

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.....	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.....	GAYET.
Physique médicale.....	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.....	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.....	CAZENEUVE.
Anatomie.....	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.....	LORTET.
Physiologie.....	TESTUT.
Pathologie interne.....	RENAUT.
Pathologie externe.....	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	TEISSIER.
Anatomie pathologique.....	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.....	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.....	TRIPPIER.
Médecine légale.....	POLLOSSON (Maurice).
Hygiène.....	ARLOING.
Thérapeutique.....	LACASSAGNE.
Pharmacie.....	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	MM. WEILL.	agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS	—
Accouchements.....	POLLOSSON (Aug.)	—
Propédeutique médicale.....	ROQUE.	—
Propédeutique chirurgicale.....	GANGOLPHE.	—
Botanique.....	BEAUVISAGE	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	COURMONT	VALLAS.	PAVIOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
POLLOSSON (Aug.)	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBUIC.
ROLLET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. GAYET, Président; M. ROCHET, Assesseur;
MM. SIRAUD et NOVÉ-JOSSERAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GAYET

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES

AVANT-PROPOS

Nous voici bientôt arrivé à la dernière étape. Nous allons voir enfin s'ouvrir pour nous la barrière qui sépare l'étudiant du docteur. C'est sans regrets, mais non pas sans hésitations, que nous allons entrer dans la voie nouvelle. Nous avons le sentiment profond de la lourde responsabilité qui désormais va peser sur nous. Tous nos efforts, tout notre travail nous semblent à cette heure à peine suffisants pour arriver au pied de la montagne que nous aurions voulu gravir. De nouveaux efforts, un nouveau travail sont nécessaires ; notre carrière n'admet pas le repos.

C'est avec joie que nous allons entreprendre le rude labeur du médecin de campagne ; et, si dans l'avenir, quelque succès nous est réservé, nous saurons en reporter l'honneur sur ceux qui nous auront rendu digne de la réussite : sur nos Parents et sur nos Maîtres. Qu'ils reçoivent ici l'expression de notre sincère gratitude.

Nous présentons de plus à Monsieur le professeur Gayet nos remerciements les plus respectueux pour sa bienveillance et pour l'honneur qu'il nous a fait en daignant accepter la présidence de notre thèse.

Nous ne saurions témoigner trop de reconnaissance à Monsieur le docteur Aurand, chef du laboratoire de la Clinique ophthalmologique, qui nous a sans cesse aidé de ses conseils dans notre travail ; qu'il reçoive ici l'assurance de notre respectueuse sympathie.

A. G.

INTRODUCTION

L'étude approfondie des déchirures des paupières est loin d'être dénuée d'intérêt. Si depuis longtemps sont indiquées les grandes lignes du traitement, il n'en est pas moins vrai que plusieurs points sont restés dans l'ombre, et les lacunes de la thérapeutique ont amené et amènent encore chaque jour dans les hôpitaux des malades porteurs de cicatrices vicieuses, cicatrices occasionnant parfois des troubles irrémédiables. On peut, on doit même intervenir immédiatement ou dans les premiers jours. Mais quand la paupière est irrévocablement fixée dans sa forme nouvelle, quel traitement instituer qui nous apporte une certitude de succès? Non seulement alors les annexes de l'œil, mais aussi quelquefois la fonction visuelle même peuvent-être compromises; la déchirure de la paupière, par la marche fatale des événements, est devenue d'un pronostic aussi sombre que telle ou telle lésion traumatique du globe de l'œil.

Ces conséquences possibles devraient être sans cesse présentes à l'esprit du praticien. Mais quand un trau-

matisme a frappé la région des paupières, l'examen porte surtout sur le globe de l'œil. On ne songe aux lésions de l'appareil annexiel que pour supputer les chances probables de lésions plus profondes et plus dangereuses pour la fonction visuelle. En présence d'une déchirure des paupières, d'une attrition grave de leurs tissus, d'un écoulement sanguin plus ou moins abondant, on pense avec crainte que le globe de l'œil a dû subir sa part des dégâts. Et si la vue persiste, ou si elle revient peu à peu, si la douleur s'apaise, on sera tenté d'abandonner la réparation de la plaie palpébrale aux seules forces de la nature; d'autant plus qu'on craindra peut-être, par une intervention intempestive, d'entraver le processus réparateur. Si d'autre part la cornée éventrée, le cristalin luxé, le globe presque vidé de son contenu ne laissent pas d'espoir au retour de la fonction visuelle, on va s'abstenir encore de toute intervention active considérée un peu comme inutile. Ce dilemme est peut-être l'explication de cette abstention, pour ainsi dire systématique qui cause, ou plutôt qui laisse s'établir tant de cicatrisations vicieuses des paupières.

Si, au point de vue pratique, ces déchirures sont un peu négligées, il en est de même au point de vue théorique. Les observations sont peu nombreuses, qui relatent un cas de déchirure pour lui-même, en vue de sa seule étude. Presque toujours la déchirure est le fait accessoire, un autre accident paraissant mériter plus d'attention par sa gravité ou seulement par sa rareté. Aussi reste-t-on généralement muet sur le traitement qui a paru nécessaire. Ce traitement est, il est

vrai, depuis longtemps indiqué. Tous ou presque tous les auteurs ont recommandé la suture ; mais sans préciser toujours parfaitement les indications.

Ambroise Paré — Œuvres : livre X, cité par Mackensie — avait déjà vu qu'à la suite des plaies des paupières, on pouvait observer la lésion de l'élévateur. Il signale cette particularité que, lorsque le malade veut voir, il est obligé de soulever la paupière avec le doigt. Du reste A. Paré attribue cette conséquence de la plaie à la maladresse ou à la négligence du chirurgien qui a mal recousu la plaie, et n'a pas appliqué les compresses et bandages nécessaires.

En 1833 Lawrence — dans son traité des blessures de l'œil, cité par Mackensie — conseille de rapprocher exactement les lèvres de la plaie, et raconte plusieurs cas, entre autres un, dans lequel on avait vu persister une fente en forme de boutonnière ; la conjonctive palpébrale s'était soudée au feuillet oculaire, et la paupière pendait si bas que l'œil était presque inutile.

En 1848, Flarer, professeur à l'Université de Pavie rapporte dans les Annales d'Oculistique une observation, très intéressante d'ailleurs à un autre point de vue, mais très peu complète au sujet de la déchirure de la paupière supérieure. Il s'agit d'un cas de luxation du globe de l'œil. La paupière était « lacérée », mais il n'y eut aucune intervention. La paupière « commença à recouvrer un certain degré de mobilité. Au bout de quinze jours, la force de l'élévateur était assez grande pour ouvrir la paupière à moitié ». L'auteur ne par le ni de la suture, ni même de l'emploi d'un emplâtre adhésif. La lésion palpébrale est absolument négligée.

En 1849, Desormeaux — Bulletin de l'Académie de Médecine — publie un cas de déchirure fort bien étudié et très complet. Il insiste sur la nécessité de la suture, surtout quand le traumatisme a porté au niveau des points lacrymaux. Dans le cas particulier, la déchirure avait sectionné le canal lacrymal. Desormeaux préconise le procédé qu'il a employé (Obs. XLIV), procédé dont, à son avis, il est le premier à s'être servi.

Desmarres en 1854 — dans son Traité — s'est occupé des blessures des paupières. Il rapporte d'abord des cas nombreux où la perte de la vision fut soudaine à la suite de violences minimales exercées sur la région des paupières et du sourcil. Les plaies, quand elles sont simples, ne présentent rien de particulier ; on rapproche les bords de la solution de continuité par quelques points de suture, ou au besoin par la suture entortillée ; les parties sont maintenues en contact au moyen de taffetas d'Angleterre. Les plaies déchirées sont réunies avec le plus grand soin ; on n'oubliera pas qu'une difformité choquante pouvait être la conséquence d'un pansement mal fait. La chute de la paupière supérieure est, dans quelques cas, la suite d'une lésion de l'élévateur ou de la branche qu'il reçoit de la 3^e paire. Le blessé est alors atteint d'un ptosis paralytique très souvent incurable. Mais comme on le voit, Desmarres ne pense pas qu'on puisse s'opposer à ce ptosis.

Mackensie — Traité, t. I — en 1856 parle longuement des blessures qui nous occupent ici. Ses observations sont nombreuses, et portent à peu près sur tous les modes que peuvent affecter les traumatismes des

paupières. Il recommande d'abord d'examiner soigneusement si quelque portion de l'instrument vulnérant n'est pas restée dans la plaie ou ne s'est pas logée dans le tissu de l'orbite. Ensuite il s'occupe des plaies par incision : le traitement est la suture, qui devra traverser toute l'épaisseur du tissu si la plaie est verticale. Si les bords d'une plaie ne se rapportent pas, il faut les ajuster à l'aide des ciseaux. Il ne condamne pas l'emploi des agglutinatifs, mais il prévoit les dangers de leur emploi et donne le moyen de remédier à leur insuffisance. Même, à ce propos, il intervient d'une façon toute moderne. Il déchire, à l'aide d'une sonde, les adhérences vicieuses qui s'étaient déjà formées, et pratique alors quelques points de suture. (Obs : XLII)

Pour les plaies déchirées, il n'impose pas la suture. Il faut attendre la disparition du gonflement et de l'enflammation pour intervenir. Par le repos et l'emploi persévérant de compresses et de bandelettes agglutinatives, on obtiendra souvent la réunion, sans déplacements et sans difformités trop considérables. En somme il est partisan de l'intervention, mais partisan timide, ce qui ne doit pas nous étonner étant donnée l'époque à laquelle il opérait. Il veut néanmoins qu'on ne néglige rien pour obtenir une réunion immédiate. Mais si la déchirure de la paupière s'accompagne de déchirures musculaires il déclare que le traitement doit se borner à des applications émollientes, et à l'emploi des antiphlogistiques. En revanche, il reconnaît l'utilité de la réunion par première intention, même dans les cas où une portion des parois

osseuses de l'orbite a été complètement séparée par un instrument tranchant.

Arlt en 1877 — Des blessures de l'œil — ne parle que des brûlures ; il ne dit rien des plaies des paupières.

Abadie est également muet sur ce sujet.

Yvert — Traité des blessures du globe de l'œil — ne dit rien de particulier sur les plaies des paupières. Il insiste surtout sur le rôle de la conjonctive, et sur le danger que présente les cicatrisations de la muqueuse : le symblépharon.

De Welker en 1879 — Thérapeutique oculaire — recommande la recherche des corps étrangers. Les blessures des paupières, entraînant facilement des déformations permanentes, nécessitent pour leur coaptation des soins particuliers. A quelque moment que l'on soit appelé à soigner des déchirures des paupières ou des plaies par instrument tranchant, il faut, de toute nécessité, procéder à la réunion. Lors même qu'il, s'est écoulé quelques jours depuis l'accident, on ne doit jamais hésiter à aviver les plaies, à les égaliser en enlevant les parties mortifiées, à les réunir à l'aide de quelques sutures métalliques.

Toutes ces indications sont-elles absolues ? La thérapeutique est-elle ainsi réglée d'une façon définitive ? Le praticien ne peut-il pas se trouver en présence de tel ou tel cas dont le déterminisme le laissera désarmé ? L'expectation est conseillée parfois ; mais aussi parfois une intervention trop active, comme la régularisation de la plaie à l'aide des ciseaux, aussi nuisible dans ses conséquences que l'expectation.

Tel était l'état de la question quand, en 1894,

Monsieur le professeur Gayet fit, au Congrès de chirurgie, une communication sur le traitement des plaies des paupières. Déjà en 1892 notre Maître écrivait, dans les archives d'ophtalmologie : « Il n'y a pas de difformité plus compromettante, pour la régularité de la face, que celle qui résulte des cicatrices vicieuses des paupières ; et si, aux altérations des parties molles, viennent se joindre celles qui atteignent le cadre osseux de l'orbite, le mal est alors à son comble. » C'était déjà, en germe, l'idée maîtresse de la communication, empêcher à tout prix les cicatrisations vicieuses, s'opposer de toutes ses forces aux conséquences funestes « des déchirures, soit simples, soit multiples des voiles protecteurs de l'œil, suivies dans certains cas d'arrachements musculaires et même de fractures du rebord orbitaire. » Faire ici le résumé de cette communication serait terminer d'un seul coup notre travail. Les idées et la méthode se retrouvent dans tout le cours de notre thèse. Mais nous pouvons dire qu'à partir de ce moment, l'histoire des déchirures des paupières était terminée. Toutes les formes, tous les modes étaient classés et reconnus, et chacun d'eux voyait instituer son traitement propre. Plus d'hésitations, mais la suture immédiate, la suture raisonnée, aidée d'une observation méthodique et subtile ; l'œdème, l'hémorrhagie ne sont plus des excuses suffisantes pour l'abstention. Mais aussi plus de coups de ciseaux aveugles ; « toute perte de substance est malheureuse, et, s'il faut absolument la subir, mieux vaut que ce soit la nature qui se charge de l'élimination. »

Panas, la même année — Traité des maladies des

yeux — n'accorde d'importance qu'aux plaies verticales. Celles-ci doivent être suturées aussitôt, surtout lorsque le bord palpébral est intéressé ; sans cela il subsiste une encoche disgracieuse. Les plaies horizontales, sauf quand le tendon du releveur est touché, peuvent guérir sans suture. Pour les plaies contuses, la suture a peu de chances de réussir, sans compter qu'elle expose à des accidents phlegmoneux en s'opposant à la sortie du pus. Le mieux est donc de s'en abstenir, sauf à y recouvrir plus tard et à prévenir la suppuration, grâce à des pansements antiseptiques.

Si Panas retarde la suture, — Terson — *Traité de chirurgie*, 1897 — veut qu'on la pratique toujours, même quand certains points semblent sans grande vitalité. Il faut veiller à réunir avec le plus grand soin les plaies qui avoisinent les commissures, et, en particulier, les voies lacrymales.

Delens — *Traité de chirurgie*, 1898 — recommande l'affrontement aussi exact que possible, si les conduits lacrymaux sont intéressés ; dans les plaies transversales simples, le taffetas d'Angleterre suffit. Dans les plaies contuses, il faut faire encore l'affrontement et la suture, malgré l'irrégularité.

D'après cet exposé, l'on voit que le traitement des plaies des paupières a évolué dans le sens d'une intervention de plus en plus active ; ce qui n'a pas lieu de nous étonner, puisque ce n'est là ; en somme, qu'un cas particulier dans l'évolution générale de la thérapeutique chirurgicale. Mais en tout cas, et quels que soient les moyens à employer, l'idée de la réunion, faite le plus tôt possible, se dégage de l'ensemble des opinions.

Cependant, et malgré cette unanimité, on se trouve encore en présence de cas insuffisamment traités.

Obs. (In Arch. d'ophth. 1889 de Viciano, due à M. Valude, résumée.

Le 27 décembre se présente à la consultation externe de l'Hôtel-Dieu, le nommé D. âgé de 32 ans, ayant reçu, le 7 du même mois, une blessure dans le grand angle de l'œil droit par le fait d'un coup de parapluie.

Au niveau de la paupière supérieure, on reconnaît une cicatrice qui, partant de l'angle interne, se dirige en haut et en dehors, dans une étendue de 2 centimètres. Cette blessure a produit une rupture du releveur de la paupière. Sur la conjonctive bulbaire, on voit une bride cicatricielle qui commence à la caroncule et suit la même direction que la plaie de la paupière, à laquelle elle s'attache en donnant lieu à une espèce de symblépharon. Le muscle droit lui-même a été complètement arraché de son insertion. On voyait encore au moment de l'examen, des traces de conjonctive traumatique, et à l'ophtalmoscope, on constate quelques flocons du corps vitré. Grande douleur sus-orbitaire.

Le 28 février, anesthésie non douloureuse sur le trajet et la distribution du sus-orbitaire. Le ptosis est encore complet, mais les milieux sont déjà transparents. Il existe de la diplopie en haut et en dedans.

Obs. (Clinique ophtalmologique).

Pierre S. 37 ans. Entré le 23 janvier 1897. Il y a huit à neuf mois, le malade reçut sur l'œil gauche un morceau de tôle, par suite de l'explosion d'un récipient d'acétylène. Il eut toute la portion gauche de la face entr'ouverte par une plaie dont on voit aujourd'hui la cicatrice. Elle part de l'angle interne de l'œil pour aboutir à la commissure labiale gauche. Le globe fut atteint, car le malade n'y voyait pas du tout. Depuis trois ou quatre mois, la vue revient insensiblement.

Les os de la face furent fracturés ; l'œil était immobile.

Actuellement, à la partie interne de l'œil gauche, on voit les téguments empiéter sur l'angle interne qui n'existe plus. A la palpation, on sent sous cette bride les portées osseuses sous-jacentes et on n'éveille aucune douleur. La paupière supérieure présente à sa portion interne une encoche verticale, et, à ce niveau elle est épaissie de façon à former un petit bourrelet. Les mouvements du globe ont réapparu il y a un mois et demi. Actuellement ces mouvements se font bien en dedans, mais non en dehors. Le muscle droit interne agit, le muscle droit externe n'a pas d'action sur le globe.

Depuis son accident le malade se plaint d'un écoulement de larmes abondantes ; le matin, en pressant dans l'angle interne de l'œil, il fait sourdre une certaine quantité d'un liquide blanc crémeux, yeux collés le matin.

Dans la première observation, la paupière est devenue inutile et même entrave le fonctionnement de l'organe de la vision. Dans la seconde, la vision est assez bonne, mais la difformité est considérable, et l'harmonie des formes profondément troublée. Il y a donc un double point de vue sous lequel il faut toujours envisager le rôle des paupières. Certes leur fonction de protection est des plus importantes. Mais il ne faut pas méconnaître leur importance dans le mimique du visage. M. le professeur Gayet insiste sur ce point, et avec juste raison. « Dans cette région de la face, dit-il, un vice de forme est un malheur, et une perturbation physiologique un désastre. » Si l'on n'envisage que la fonction relative à la vision, une fois détruit l'organe de la vue, pourquoi interviendrait-on sur les paupières ? Et ce raisonnement peut expliquer le grand nombre de cas où, le globe ayant subi des dé-

gâts considérables, la cicatrisation des paupières est abandonnée à elle-même au risque d'ajouter une impossibilité aux difficultés de la prothèse oculaire.

Rampoldi — *Annali di Ott* 1890. — dans une longue étude sur la physiologie des paupières s'attache à démontrer la haute importance de leur rôle. Le traitement le plus minutieux et le plus patient est justifié par cette importance. L'action protectrice est indéniable, et, en somme, toute l'action des paupières peut se ramener à celle d'un appareil de protection. Mais on peut affirmer que la fonction visuelle ne peut s'exercer sans le concours des paupières. Leur intégrité est nécessaire au bon fonctionnement de la rétine. En effet les paupières sont le premier écran qui règle la dose de lumière utile. Dans la vision des objets éloignés, ce rôle est de premier ordre. Quand la vue est fatiguée, les paupières se ferment, et cette occlusion permet à la rétine de se reposer, et au pourpré rétinien de se reformer.

Si l'occlusion des paupières est un des symptômes du sommeil, c'est aussi une des causes du repos de l'organisme. Pendant le sommeil, « elles font silence et obscurité dans l'œil, » en fermant la porte aux excitations extérieures qui se reflètent sur le cerveau. Cette occlusion est si nécessaire, que la femme, dont parle Mackensie, qui était absolument privée de ses paupières, jetait un voile sur son visage pendant le repos de la nuit. Peut-être aussi ce fait était-il causé par le besoin de protéger ses yeux contre les contacts brusques et douloureux du milieu extérieur.

Car si les paupières sont une protection contre la

lumière trop vive, elles sont aussi un voile qui séparé les bulbes de toutes les impressions étrangères. Par leur participation à la sécrétion et à l'excrétion des larmes, elles protègent les yeux contre le dessèchement provenant d'une évaporation trop rapide ; elles nettoient la cornée et empêchent le dépôt sur elle de corps étrangers. C'est à propos de cette fonction qu'entre en jeu la nécessité de leurs mouvements incessants. Toute cause faisant obstacle à ces mouvements est néfaste, de même que toute cause qui les exagère. Les altérations dans le fonctionnement des organes excréteurs des larmes (Mengin de Caen) expose même à des troubles visuels ; la photopsie, les phosphènes d'après cet auteur, sont dûs au clignement, par pression des paupières sur le globe.

Enfin, avec Rampoldi, nous devons insister sur l'importance des paupières dans la mimique du visage. Ce sont les muscles moteurs de l'œil, du sourcil et des paupières qui donnent à l'œil ces aspects particuliers, correspondant aux différentes commotions de l'âme ; le globe n'y joue qu'un rôle secondaire. Les variations de l'ouverture de la fente palpébrale sont parmi les causes principales des variations de l'expression de l'œil. C'est en réalité la différence de l'angle et de la grandeur de l'ouverture des paupières qui crée les différences ethniques de l'œil mogol, bien plutôt qu'une variation du volume du globe oculaire.

Nous venons de jeter un rapide coup d'œil sur la physiologie de la paupière envisagée dans son ensemble. Mais chaque partie a son rôle, que nous essaierons de décrire à propos de l'anatomie. De cette étude on

peut conclure qu'un œil, privé de ses voiles protecteurs, ou dont les voiles sont insuffisants est un œil condamné à un fonctionnement incomplet ou nul. Bien plus, cet œil est une cause de gêne et de souffrances pour l'organisme entier. C'est enfin un masque affreux imposé au visage, dont l'expression et l'harmonie sont détruites à jamais.

Il est donc nécessaire de parer à tous ces dangers par un traitement énergique. L'intervention, si minutieuse, si pénible qu'elle soit, n'est point au-dessus du but à atteindre. M. le professeur Gayet a réglé avec tout le soin désirable les divers degrés de la thérapeutique. C'est en suivant de près ses traces et avec l'appui de sa grande autorité, que nous allons, à notre tour aborder les difficultés du problème.

DE LA

DÉCHIRURE DES PAUPIÈRES

CHAPITRE PREMIER

**Etiologie des déchirures des paupières ;
leur mécanisme.**

Anatomie de la paupière.

Classification des déchirures.

Les causes des déchirures des paupières sont infiniment variées et agissent selon les mécanismes les plus divers. On conçoit en effet que tout mobile dont la masse et la vitesse sont suffisantes pour triompher de la résistance et de l'élasticité du tissu des paupières est capable de créer une solution de continuité de cette région. Cependant la situation anatomique des paupières restreint dans une large mesure le nombre des agents capables de les atteindre. Les paupières jouissent en effet de la protection que le massif osseux de l'orbite accorde au globe oculaire. La saillie considérable des os propres du nez d'une part, celle de l'apophyse orbitaire externe et du malaïse d'autre part, forment une barrière infranchissable pour les corps trop volumineux. Un choc contre une surface ne peut créer une solution de continuité de la paupière.

Il faut un angle, un coin qui puisse s'enfoncer entre les intervalles de la barrière osseuse. Le lieu de la déchirure dans un cas (Obs. XXXVIII), est caractéristique de ce fait. D'autre part, comme Tillaux l'a fort bien décrit, le plus grand diamètre de l'orbite n'est pas immédiatement à son ouverture. L'orbite n'est pas une pyramide. On peut le considérer plutôt comme deux pyramides accolées par leur base, la pyramide à sommet antérieur étant beaucoup moins haute. Cette disposition protège les muscles de l'œil, qui, sans elle, seraient presque fatalement intéressés dans toutes les déchirures complètes de la paupière. Il faut à l'agent vulnérant une certaine obliquité pour les atteindre (*Viciano. in Arch. d'ophth. 1889*).

Un fait semble pourtant en contradiction avec les notions courantes. Nul n'ignore que l'angle externe est la portion la plus accessible de l'œil : c'est la voie d'élection pour l'action chirurgicale. Cependant la portion interne des paupières est de beaucoup la plus souvent frappée : 35 pour cent des cas, contre 10 pour cent de déchirures de l'angle externe. Il serait peut-être imprudent de conclure de là à des conditions particulières. Notre statistique n'a pas la prétention de porter sur tous les cas. Même dans les cas que nous possédons, un grand nombre, — 53 pour cent — sont restés indéterminés, l'observation étant muette sur le lieu où s'est faite la déchirure. Peut-être n'y a-t-il là qu'un hasard du traumatisme. En effet, dans une chute par exemple, la protection de l'orbite s'exerce avec toute son efficacité. Or dans ces cas la blessure se fait à la partie externe ; chute sur un fragment de

verre (Obs. IX), chute sur un caillou (Obs. LV). Dans trois autres cas de chute, la perforation a dû se faire à la partie moyenne : chute sur le bord d'un trottoir (Obs. XLI), sur une pique en fer (Obs. XXIV), sur une dent de fourche (Obs. LII). Dans un cas seulement de chute sur le bord d'un poêlon en fer (Obs. LVIII), la déchirure est à la partie interne.

Quoi qu'il en soit, si l'on considère attentivement la structure de la paupière au niveau de l'angle interne, peut-être verra-t-on, dans cette structure, une explication de la fréquence des déchirures en ce point. En effet, l'angle interne est solidement maintenu par les attaches de l'orbiculaire. L'élasticité de la paupière est diminuée de ce chef ; elle ne peut fuir l'agent vulnérant et résiste, d'autant plus que, au moment du traumatisme, l'orbiculaire entre en contraction énergique. Ainsi le malade de Desmarres qui, dans une lutte avec un sergent de ville, eut la paupière inférieure déchirée au niveau du conduit lacrymal. Au traumatisme on peut joindre un mécanisme semblable à celui de la rupture musculaire. On peut rapprocher de ces faits le cas d'une petite fille (Obs. XXXVI), qui s'introduisit sous la paupière supérieure un crochet de bottine. En le retirant elle se fit une déchirure au niveau de l'angle interne. Le dégagement de ce crochet eût pu se faire sans effraction à la partie moyenne grâce à l'élasticité plus considérable à ce niveau.

L'élasticité est un grand facteur dans la résistance des paupières. Non seulement le tissu qui forme leur squelette est des plus élastiques ; mais la disposition de ce tissu augmente encore sa résistance. Le tarse en

effet présente la forme d'une voûte. Il se moule au-devant du globe de l'œil. Il a même une double concavité, dans le sens vertical et dans le sens horizontal. Les bords de cette voûte reposent sur des supports élastiques : les ligaments interne et externe, et, à la périphérie, cet ensemble fibreux qui constitue le septum orbitale. En arrière, le tarse est en rapport presque immédiat avec le globe oculaire ; et, si le tarse est une protection pour le globe, le globe à son tour est un pilier qui soutient la clef de voûte de l'édifice.

Car si l'on suppose un traumatisme frappant normalement la paupière, la force du mobile va tendre à redresser la courbure du tarse, puis presser sur le bulbe de l'œil. La pression sera ainsi transmise à l'aponévrose de Tenon et aux graisses de l'orbite. Toutes ces résistances élastiques mises en jeu, résisteront, et souvent avec succès ; car il faut une violence relativement considérable pour les vaincre. C'est pourquoi on voit si souvent des chocs, même violents, ne provoquer qu'une ecchymose des paupières, la déchirure exigeant un élément de plus.

On peut aussi logiquement attribuer une certaine importance aux divers degrés d'exophtalmie que présentent divers sujets. Un œil petit, enfoncé dans l'orbite, et par conséquent des paupières peu saillantes seront moins exposés qu'un œil et des paupières qui dépasseraient les rebords osseux de l'orbite.

De même les paupières pourront, par leur contraction, résister au traumatisme à l'instar des muscles de la paroi abdominale dans le fait si connu d'un acrobate brisant une pierre sur l'abdomen tendu de son compagnon.

Quel est donc, étant donné le mode de résistance, le mécanisme des plaies des paupières ? Il est bien entendu que nous négligeons les plaies faites par des instruments tranchants ou piquants qui agissent selon un mode bien déterminé. Nous avons surtout en vue les déchirures par contusion.

Au point de vue de l'action qu'ils exercent, il nous a semblé qu'on pouvait classer les agents vulnérants en cinq catégories. Les degrés ne sont certes pas absolument tranchés ; mais il nous a paru qu'une telle division pouvait se justifier. M. le professeur Gayet semble du reste admettre une division semblable quand il dit : « Ces plaies faites tantôt par des corps contondants, tantôt par des crochets agissant comme des griffes, tantôt par des éclats de verre, peuvent dépendre de bien d'autres causes encore. »

1° Considérons d'abord les déchirures proprement dites. Dans ces cas, la solution de continuité ne se produit que lorsque la résistance des paupières est absolument vaincue, elles sont arrivées aux limites de leur élasticité. Cependant l'agent vulnérant doit avoir une forme un peu particulière, conique à pointe mousse : corne de vache ou de chèvre (Obs. XXXIV), défense de truie (Obs. XII), pointe de parapluie (Obs. III) ; une chute sur l'angle d'un coffre à bois (Obs. LXII), un crochet, un éclat de bois (Obs. XXIII). Dans deux de ces cas (Obs. XIII) et Obs. XII), nous avons pu envisager un mécanisme particulier. L'instrument vulnérant a heurté la paroi externe du nez du côté du traumatisme. Dans un de ces cas, il y avait même un lambeau sur cette paroi. Ne pourrait-on pas expliquer

alors le siège de la blessure par un mouvement réflexe du patient, qui, pour soustraire son œil au danger, détourne brusquement la tête, et vient présenter l'angle interne de son œil à l'agent vulnérant? Celui-ci d'autre part, ne peut-il pas glisser sur la paroi oblique et résistante du nez sans y causer de trop grands dommages et venir concentrer son action sur l'angle interne de la paupière? Les observations déjà citées nous autorisent à admettre une pareille interprétation;

2° Ensuite viennent les contusions avec déchirure. Ici encore la limite de résistance est atteinte; mais l'instrument n'a pas de forme déterminée: bord d'un trottoir (Obs. XLI), espagnolette de fenêtre (Obs. XXXVII); une boule de neige (Obs. LIX), un coin de bois, une motte de terre, un coup de pied de cheval, un coup dans une bagarre;

3° Puis les coupures. Ici l'agent traumatique présente une arête, une pointe, en somme une surface quelconque inégale ou tranchante. Il est généralement animé d'une vitesse considérable. Aussi, pour pénétrer n'a-t-il pas besoin de vaincre la totalité de la résistance des paupières. C'est un éclat d'acier (Obs. XXXIX), un coup de pierre (Obs. XVIII); les débris d'un récipient quelconque qui fait explosion, morceau de tôle d'un réservoir d'acétylène (Obs. XLVIII), éclat de siphon (Obs. VIII), de bouteille; une chute sur un objet tranchant, sur des éclats de verre (Obs. XLIX), sur la dent d'une fourche (Obs. VI), sur un caillou, sur le bord d'un poêlon en fer; un coup d'un instrument tranchant (Obs. IV);

4° Dans les perforations, c'est à peine si les pau-

pières ont le temps d'intervenir par leur élasticité; l'agent vulnérant agit avec rapidité, en divisant les tissus par sa forme et son impulsion : chute sur une pique de fer (Obs. XXIV), coup de fourche (Obs. II), coup de fleuret (Obs. XXVII), grains de plomb, (Obs. XIV et Obs. XV).

5° Dans les plaies par arrachement, le mécanisme est différent. En effet, le mode d'action de l'agent vulnérant est particulier et met en jeu un mode de résistance spécial des paupières. Dans les trois catégories que nous venons d'envisager, c'était sur le tarse que portait l'effort principal. Ici l'effort va porter sur la peau ou sur les moyens d'union du tarse.

En effet, la force peut s'exercer dans le sens vertical, et le tégument sera arraché : coup de griffe de chat (Obs. XLII) ou coup de patte de chien ; morsure (Obs. XXXV). Ou bien l'agent du traumatisme, introduit sous la paupière, agira d'arrière en avant, provoquant une rupture du tarse par exagération de sa courbure et l'arrachement de la peau : crochet de bottine, un fil de fer déchirant le droit inférieur (Obs. LXI), un crochet (Obs. LX), ou l'extrémité d'un morceau de bois (Obs. XXX). Ce dernier fait est particulièrement instructif : le malade, boiseur dans une mine, en se redressant, s'est heurté à une traverse cassée. L'observation est empruntée à la clinique de M. le professeur Gayet.

Jean-Marie B..., 52 ans, mineur. Le malade est tombé contre un bois qui lui a fendu la paupière supérieure. Il ressent une violente douleur et se relève l'œil tout sanglant et la paupière déchirée. Au bout de vingt-quatre heures, on

l'apporte à l'Hôtel-Dieu, où l'on constate d'abord la déchirure palpébrale. Puis bientôt après, mon chef de clinique, remarquant un strabisme interne, diagnostique une rupture musculaire du droit externe. Il fait même une tentative de suture dont le résultat lui paraît devoir être très problématique, étant donné l'état de bouillie où se trouvaient les parties. Peu à peu les choses se sont éclaircies et le mécanisme de la rupture est devenu évident. Il s'est inscrit lui-même par un tatouage au charbon de toute la région de la conjonctive inférieure au droit externe. Puis nous avons vu se dessiner une sorte de bourgeon pendant sur la face externe du globe. La partie au contact de la sclérotique et adhérente à celle-ci est striée par de fines lignes blanches ondulées qui sont, à n'en pas douter, des faisceaux tendineux, tandis que la masse rouge, dans laquelle ils plongent, serait le corps musculaire lui-même. Tout d'abord cette portion contractile avait bien 5 millimètres; aujourd'hui elle s'est ratatinée sous la forme d'un petit moignon.

Le mécanisme de la rupture serait donc celui-ci : l'extrémité d'une cassure souillée par le charbon est venu au contact du globe au-dessous du droit externe, à environ 5 millimètres en arrière de son insertion; elle a déchiré la muqueuse en s'essuyant sur elle, a saisi et soulevé le muscle qu'elle a coupé, puis elle a déchiré la paupière supérieure, à travers la fente de laquelle elle a fait son échappée.

On devine la bouillie qui a dû se faire et comment le bout supérieur a dû se rétracter.

Il est encore un fait qui nous a frappé : c'est qu'un grand nombre de déchirures, surtout à la paupière supérieure, ont pour siège la région correspondant au bord convexe du tarse. Ne peut-on pas voir, dans le mode d'action du traumastime, la cause de cette fréquence? Aucke rapporte trois de ces cas, qu'il

emprunte à la clinique du professeur Hirschberg. Dans le premier (Obs. XXX), la paupière inférieure a été déchirée au niveau du bord inférieur du tarse. Le second cas (Obs. XXXIV) a trait à une blessure faite par une corne de chèvre : « toute la paupière supérieure était arrachée, sauf un pont, large de 7 millimètres, placé latéralement, qui tenait encore ». Dans le troisième cas (Obs. XXXV), il s'agit d'une morsure qu'un mégissier reçut d'un de ses camarades : « la blessure allait de la région du point lacrymal jusque près du milieu de la paupière, par un arc tout à fait typique, en dehors et en haut ». L'auteur rapproche ces trois cas, car « la force qui a opéré la séparation de la paupière d'avec ce qui l'entourait, opéra toujours cette séparation à la même place, au bord convexe du tarse ».

Il est de prime abord évident que la force qui a agi dans le second cas était oblique, puisque la portion de paupière restée intacte est placée latéralement. Il est non moins évident que dans le troisième cas — morsure — la force ne pouvait être qu'oblique, la disposition de la mâchoire empêchant d'agir normalement au plan de la paupière. Dans le premier cas, la force est inconnue, mais la forme de la déchirure est semblable. A notre avis, deux raisons, étant donnée la direction de la force déterminent cette forme identique de la plaie. D'abord il y a là un point faible, la paupière est moins épaisse, à cet endroit son squelette lui fait défaut; il n'est plus composé que de tissu aponévrotique. Puis la force étant oblique, le tarse n'est pas directement intéressé. C'est la résistance de la peau et

du septum orbitale qui entre en jeu, et la separation se fait au point d'insertion de ce septum sur le tarse, c'est-à-dire au lieu de moindre solidité.

L'observation de Florer (Obs. XII) nous indique un autre mécanisme de l'arrachement des paupières. Le traumatisme agit d'abord en perforant la paupière de dehors en dedans; puis, dans un second temps, l'agent vulnérant, agissant comme un levier, déchire la paupière de dedans en dehors. Voici le cas : le blessé, renversé par une truie, tourne la tête pour voir si l'animal s'était éloigné, « la truie, profitant de ce moment, lui avait porté un coup de sa défense dans l'angle interne de l'œil... La paupière supérieure de l'œil gauche présentait une plaie pénétrante et lacérée qui s'étendait du ligament interpalpébral au bord convexe du tarse ». Le globe de l'œil, luxé, pendait sur l'arcade zygomatique. Et ceci est une nouvelle preuve de la réalité du mécanisme que nous invoquons. De plus, la courbure même de la défense de l'animal interdit une autre interprétation. C'est en levant la tête que l'animal peut produire une blessure. Il y a d'abord ponction du tissu, puis déchirure.

M. le Dr Aurand nous a fait remarquer un autre mode possible de déchirure. Dans ce cas, il se produit une sorte de clivage de la paupière. L'agent vulnérant déchire d'abord, puis glisse à frottement sur la peau. (Obs. XLVII.) Nous y reviendrons à propos de la forme des déchirures des paupières,

Le mécanisme et les causes des blessures des paupières peuvent-ils nous servir de base pour une classification rationnelle? Certainement, la cause étant

connue et le mécanisme élucidé, la déchirure doit être telle que sa forme soit la résultante de la force du traumatisme, de la direction de l'agent vulnérant et de la résistance du voile palpébral au moment considéré. Mais on voit que ce déterminisme nous échappe par certains points. La résistance des paupières varie selon les conditions physiologiques particulières à chaque sujet, et, de plus, elle peut varier chez chaque individu avec l'état de relâchement ou de contraction de l'orbiculaire. D'autre part, il nous est impossible d'apprécier avec exactitude la force de l'agent vulnérant.

Il nous faut donc chercher ailleurs une base solide. M. le professeur Gayet nous l'a indiquée et s'en est servi pour établir une classification vraiment thérapeutique. Dans sa communication on trouve : « Quoi qu'il en soit de l'origine des déchirures, la constitution anatomique des paupières leur impose des caractères qui permettent de les classer ». C'est donc l'anatomie qui est notre suprême ressource.

Les traités classiques fixent à sept le nombre des couches dont est composée la paupière :

- 1° La peau ;
- 2° Une couche celluleuse sous-cutanée ;
- 3° Une couche musculaire à fibre striées ;
- 4° Une couche celluleuse sous-musculaire ;
- 5° Une couche fibreuse ;
- 6° Une couche musculaire à fibres lisses ;
- 7° Une couche muqueuse.

Mais cette division est peut être un peu artificielle. La couche de tissu musculaire est disséminée comme au hasard dans le tissu de la paupière. Bien plus, le

tendon conjonctif du releveur, traverse de part en part toute l'épaisseur du tissu pour venir de la profondeur s'épanouir sous la peau à laquelle il s'attache. Du côté du bord libre de la paupière, les faisceaux de l'orbiculaire sont absolument sous-cutanés. Enfin, la couche des fibres musculaires lisses ne s'étend pas dans toute la hauteur de la paupière, elle se termine au bord convexe du tarse. Aussi, sans négliger la division précédente, peut-on, avec M. le professeur Gayet, considérer quatre couches seulement :

- 1° La peau ;
- 2° Les muscles ;
- 3° Le fibre tarse ;
- 4° La conjonctive,

« chacune de ces parties ayant son rôle, soit dans la fonction de protection oculaire, soit au point de vue de l'harmonie des formes » :

1° La peau des paupières a, dans cette région, la même structure que dans les autres régions du corps. Elle présente cette particularité d'être très mince et très mobile. Grâce à la couche conjonctive sous-jacente, elle n'est pas intimement adhérente au tissu musculaire. Aussi se laissera-t-elle facilement distendre par toute espèce d'épanchement, ce qui explique les ecchymoses rapides et considérables que présentent les paupières à la suite des contusions et des déchirures, ou l'œdème précoce de la région dans l'anasarque, ou l'œdème qu'on a souvent observé à la suite des fractures des sinus ou du canal nasal. Une autre particularité des téguments, c'est encore les plis ou rides transversales qui les parcourent : ces plis s'accroissent avec l'âge.

Quand la paupière tombe naturellement au-devant de l'œil, elle se moule sur le globe et présente une convexité antérieure ; dans l'occlusion forcée de la paupière, comme dans le blépharospasme, on voit se former des plis à direction transversale, mais un peu obliques dans la direction de l'angle interne. Ils sont dus à la contraction du muscle orbiculaire tout entier. Ces plis symétriques concourent à l'harmonie du visage, et l'on conçoit la difformité que crée leur absence. A la peau sont annexées des glandes sébacées et sudoripares et des poils de duvet. Nous reviendrons sur l'étude des cils et des glandes particulières à la paupière. Mais on peut remarquer dans le tégument des voiles protecteurs de l'œil une plus grande abondance de cellules pigmentaires (Waldeyer), ces cellules sont plus nombreuses chez les bruns que chez les blonds.

2° *Couche musculaire.* — On pourrait dire que la couche musculaire s'étend de la peau à la conjonctive, ceci étant vrai surtout pour le bord libre de la paupière. Elle est constituée principalement par la portion palpébrale du muscle orbiculaire. Ce muscle, partant de l'angle interne de l'œil vient se terminer à la face profonde de la peau de l'angle externe. Son point de départ interne est un tendon court et solide représentant dans son ensemble la forme d'un X tordu sur son axe, dont les branches par conséquent sont dans deux plans perpendiculaires. Ce tendon s'insère par une de ses branches au bord antérieur de la gouttière lacrymo-nasale (maxillaire supérieur), par l'autre au bord supérieur de cette gouttière (crête de l'unguis).

Ces deux branches se réunissent puis divergent de nouveau pour venir s'attacher au tarse de chaque paupière, formant ainsi le ligament palpébral interne. Outre ce tendon, les fibres de l'orbiculaire ont d'autres point de départ : en haut l'apophyse orbitaire interne du frontal ; en bas le bord inférieur de l'orbite. De ces différentes insertions, l'orbiculaire se dirige vers le bord externe de l'orbite ; ses fibres s'arrêtent à différents niveaux, mais la plus grande partie vient s'entrecroiser avec les fibres de la paupière opposée, au niveau de la peau de l'angle externe. Si, dans son ensemble, le muscle paraît nu et destiné à une action unique, on peut, avec juste raison, établir des distinctions, au double point de vue de l'anatomie et de la physiologie, dans sa structure et dans son fonctionnement.

Si nous le considérons sur une coupe perpendiculaire à la direction de ses fibres, nous voyons qu'à la partie périphérique du muscle, les faisceaux sont plus considérables et moins denses. Au niveau du bord libre, les faisceaux sont plus fins et plus nombreux, formant un muscle presque à part — muscle de Riolan — entourant la base des cils et des glandes, on voit même un petit faisceau sur la face postérieure du tarse, directement en rapport avec la conjonctive, formant comme un sphincter à l'orifice des glandes de Meibonius.

On peut donc supposer plusieurs actions correspondant à ces différences de structure. Duchenne de Boulogne considère en effet l'orbiculaire comme physiologiquement composé de cinq muscles différents,

dont les contractions peuvent être synergiques, mais qui peuvent agir séparément, selon les besoins du langage expressif.

Dans l'occlusion lente de la paupière, la portion palpébrale agit seule et le voile roule lentement au devant du globe de l'œil, par la tonicité seule de l'orbiculaire. Dans la fermeture énergique et rapide, toutes les portions du muscle contribuent à réaliser l'occlusion.

Mais l'orbiculaire n'est-il pas influencé par ses rapports avec les muscles voisins? Février a fait des recherches sur ce sujet, qui affirment nettement l'influence des aponévroses voisines. L'aponévrose orbitaire est l'intermédiaire entre l'orbiculaire et les muscles de l'orbite. L'orbiculaire indépendant se contracte presque absolument dans le sens transversal, tendant ainsi à redresser sa courbure et celle du tarse; il y aurait ainsi une pression exagérée au niveau du pôle antérieur de l'œil. Mais la tonicité propre des muscles de l'orbite et leur contraction incessante exercent une action qui égalise cette pression. De plus, il y a, par l'intermédiaire du feuillet superficiel de cette aponévrose, association des mouvements du globe et de ceux des paupières. C'est un point que nous envisagerons plus tard.

Dans la couche musculaire, nous trouvons encore le muscle de Horner, mais seulement à la partie interne des paupières.

Aussi, au point de vue de notre sujet, le tendon du releveur de la paupière supérieure présente une bien plus grande importance. Ce tendon se compose de deux

portions : une portion conjonctive, une portion musculaire. Il se divise au niveau du cul-de-sac conjonctival supérieur.

La portion conjonctive s'étale en éventail pour venir s'insérer sur la plus grande partie du bord supérieur du tarse. Elle se confond avec le septum orbitale, puis se place à la partie postérieure, de l'orbiculaire et se résout en faisceaux divergents, qui s'engagent entre les différentes portions du muscle. Merkel les a vus arriver à la face profonde du derme.

La portion musculaire s'insère au bord supérieur du tarse. Elle fait partie de ce plan musculaire lisse qui occupe en largeur presque toute l'étendue transversale de l'orbite et s'étend, en hauteur, en bas depuis le tarse inférieur jusqu'au voisinage de l'arcade orbitaire ; pour la paupière supérieure, depuis le tarse supérieur jusqu'au cul-de-sac oculo-conjonctival correspondant. Les fibres inférieures de ce plan viennent s'insérer sur le prolongement orbitaire du droit inférieur.

Quel est le rôle de ces deux portions différentes du tendon du releveur ? Une de nos observations apporte une solution à ce problème (Obs. LII). Malgré la déchirure de l'élévateur, la paupière se soulevait ; l'ouverture de la fente palpébrale était de 6 millimètres et demi ; la paupière inférieure s'abaissait de 2 millimètres. Mais la paupière ne pouvait suivre le mouvement d'élévation du globe de l'œil dans la position extrême. On ne pouvait invoquer, pour expliquer la persistance du mouvement, la force de l'élévateur lui-même qui était sectionné. « Les attaches

latérales du tendon pouvaient certainement être restées en place. Mais le muscle détaché était encore enveloppé de son aponévrose » ; donc les fibres latérales n'étaient plus en contact avec l'extrémité postérieure du muscle. « La forme de la mobilité était aussi caractéristique. L'ouverture des paupières se produisait comme un mouvement réflexe, et l'impulsion volontaire la plus forte ne pouvait augmenter la contraction. De plus, un courant assez fort pour faire voler en l'air le bras de l'enfant ne parvint pas à remuer la paupière droite ». L'ouverture des paupières provient donc de l'action du muscle organique de Müller. Sa force est égale à la moitié de la force nécessaire pour assurer l'élévation complète de la paupière supérieure.

Nous avons vu déjà que l'orbiculaire même possède une double action. Cette observation nous prouve que le releveur présente une action double correspondante.

3^e *Couche fibreuse.* — Quel sera le point d'appui des forces qui font agir la paupière ? C'est un organe spécial, la tarse, centre anatomique et physiologique de la région. Le tarse est composé d'un tissu fibreux, condensé d'une façon particulière. On a pu y voir quelques fibres élastiques, mais Waldeyer n'y a jamais rencontré de cellules cartilagineuses.

Sur une coupe, le tarse présente la forme d'un triangle. En effet, son extrémité supérieure est un peu moins épaisse que sa base qui correspond au bord libre de la paupière. Cependant cette extrémité n'est pas une pointe. La base du tarse est coupée en un biseau très régulier. Dans son ensemble, le tarse présente une concavité postérieure qui se moule sur le

globe de l'œil. Cependant les deux torses n'ont pas une forme identique. Le tarse supérieur est un croissant, le tarse inférieur un long rectangle dirigé transversalement. A leurs extrémités, soit interne, soit externe, ils donnent attache à de puissants ligaments. A leur bord adhérent s'insèrent le septum orbitale, et, en deux points symétriques : en haut, le tendon du releveur de la paupière supérieure ; en bas, le prolongement orbitaire du droit inférieur.

Sur le bord des torses, on voit de 25 à 30 petits pertuis qui sont les orifices des glandes de Meibonius. Celles-ci se creusent une loge dans toute la hauteur et l'épaisseur du tarse ; sur une coupe, on voit, parfaitement leur élégant dessin, qui fait ressembler le tarse à une fine dentelle.

Le tarse est entouré de vaisseaux, artères et veines, qui décrivent autour de lui plusieurs arcs ; un au niveau du bord palpébral, l'autre au niveau du bord orbitaire, tout au moins pour le tarse supérieur. Ces arcs sont fournis par la palpébrale supérieure pour la paupière supérieure et par la palpébrale inférieure pour la paupière inférieure. Ces deux artères naissent sur un tronc commun et, s'anastomosant au niveau de l'angle externe, l'orifice palpébral est entouré d'un cercle artériel complet.

Le voisinage de vaisseaux de cette importance explique les hémorrhagies parfois abondantes qui accompagnent la rupture du tarse.

Nous avons déjà étudié le tarse au point de vue de sa résistance. Nous pouvons l'envisager maintenant au point de vue plastique. Sa rigidité fixe la forme de la

paupière d'une façon invariable. Son importance, à ce point de vue, est bien mise en lumière par les déformations profondes que ses altérations infligent au voile palpébral. Dans l'ophtalmie granuleuse par exemple, rien ne se montre sur les paupières des dévastations de la maladie tant que le tarse est assez fort pour résister. Mais du jour où sa paroi amincie cède aux efforts musculaires, quand, son contenu vidé, il s'affaisse sur lui-même, les paupières se ratatinent, se retournent sur elles-mêmes, et l'œil reste exposé sans défense aux dangers d'un contact immédiat avec le milieu extérieur. De même dans les blépharites glandulo-ciliaires, où, le tarse une fois entamé, la paupière inférieure, sous l'action du muscle de Horner, se retourne, présentant cet atropion spécial à la maladie. De plus, l'intégrité du tarse assure un libre fonctionnement à la glande de Meibonius, et, par là, le tarse participe à la lubrification de l'œil, qui assure la sécurité des mouvements des paupières. C'est lui aussi qui donne un point d'implantation fixe aux cils et à leur appareil. Si la direction du tarse est changée, les cils peuvent venir exercer sur la conjonctive ou la cornée cette action irritante qui conduit aux pires désastres.

4° *Couche muqueuse.* — Immédiatement en arrière du tarse, nous trouvons la quatrième couche, la conjonctive. Cette membrane, après avoir tapissé les paupières, se réfléchit pour revêtir le segment antérieur de l'œil. Sur une coupe transversale, on voit la conjonctive intimement unie au tarse. Les papilles sont moins développées à mesure qu'on se rapproche du bord libre de la paupière.

Dans les mouvements de ces organes, la conjonctive palpébrale glisse sur la conjonctive oculaire. Le glissement des deux surfaces est facilité par la sécrétion de nombreuses glandes situées dans le tissu de la conjonctive et même au-delà du tarse. Ces glandes sont surtout abondantes au niveau des cul-de-sac.

Domek, dans sa thèse, fait jouer un rôle important à l'adhérence des deux surfaces muqueuses. Ce serait là la principale cause des mouvements associés de la paupière et du globe de l'œil.

La rapidité de la cicatrisation de la conjonctive et la grande vitalité du tissu se traduisent, après les traumatismes, par de petites végétations polypiformes souvent observées à la suite de déchirures des muscles de l'œil. Pour Yvert ce seraient là les causes de la fréquence du symblépharon.

Les téguments, les muscles, le tarse, la conjonctive se comportent de façon différente vis-à-vis des traumatismes. La différence profonde des tissus imprime un cachet particulier aux blessures de chacun d'eux. Aussi pouvons-nous justement classer les déchirures des paupières au point de vue anatomique, d'autant mieux que les indications thérapeutiques varient selon qu'on a affaire à des blessures de la peau, des muscles, du tarse, ou de la totalité des paupières.

Nous avons vu la variété des causes des plaies des voiles protecteurs de l'œil ; nous les avons classées. Nous savons que leur fréquence est plus grande au niveau de l'angle interne. L'âge, le sexe font-ils varier cette fréquence ? Quel est l'œil le plus souvent frappé ? Quelle est la fréquence relative des blessures des pau-

pières par rapport aux traumatismes qui atteignent l'œil en général ?

Nous allons répondre immédiatement à cette dernière question. De 1889 à l'époque où nous sommes, on a traité à la Clinique 958 cas de traumatismes oculaires. Sur ces 958 cas, nous avons relevé seulement 36 cas de blessure des paupières, c'est-à-dire une proportion de 3,7 pour 100. La proportion n'est pas considérable, mais elle mérite d'être enregistrée. Cependant sur 410 cas de blessures de l'œil traités à la clinique ophtalmologique de Saint-Petersbourg de 1886 à 1891, nous ne voyons aucun cas de déchirure des paupières. On note la lésion des annexes seulement à l'article brûlures et corrosions de l'œil; les déchirures n'ont pas mérité une mention spéciale. Leur importance pourtant ne saurait être méconnue.

Les hommes sont beaucoup plus souvent atteints que les femmes : 50 hommes pour 8 femmes, soit 78 pour cent pour les uns, 13 pour cent pour les autres.

C'est de 20 à 25 ans qu'on voit le plus grand nombre de plaies des paupières chez les hommes (26 cas sur 50). Avant 20 ans et après 50 ans, le nombre des traumatismes est le même, 12. Chez les femmes au contraire, c'est avant 20 ans que les déchirures des paupières sont les plus fréquentes (6 cas sur 8). Nous ne pouvons voir, dans ces résultats de la statistique, qu'un cas particulier de l'étiologie générale des traumatismes, l'homme de par ses occupations étant beaucoup plus exposé aux blessures, et surtout pendant la période la plus active de sa vie. La plupart de nos cas

ont trait en effet à des traumatismes professionnels. Si les femmes sont beaucoup plus frappées avant 20 ans, c'est que, dans leur enfance, leurs jeux ou leurs imprudences les rapprochent des conditions où se trouvent les garçons de leur âge ; en effet sur les 6 cas qui les concernent, 4 ont trait à des fillettes au-dessous de dix ans. Après 20 ans nous ne trouvons que deux cas, et après 50 ans nous n'en trouvons pas,

Pour les mêmes causes générales, l'œil droit est le plus souvent frappé : 32 cas sur 64, ou 50 p. 0/0 L'œil gauche n'est atteint que dans une proportion beaucoup moindre : 16 cas ou 25 pour cent.

On peut conclure, a priori, du grand développement de la paupière supérieure, qu'elle doit être plus souvent atteinte dans les traumatismes. C'est ce que les faits viennent confirmer. Ses blessures représentent 38 cas sur les 64 que nous possédons, soit 59, 3 pour cent. Le nombre des blessures de la paupière inférieure est juste moitié moindre, soit 19 déchirures sur 29, 6 pour cent. Les deux paupières ne sont atteintes ensemble que dans 5 cas, ou 7, 7 pour cent ; encore dans les cinq cas, deux présentent des conditions particulières (Obs. IX et obs. XLVI). On peut s'étonner à bon droit du peu de fréquence des déchirures des deux paupières. La cause de cette rareté est dans la forme particulière que doit avoir l'agent vulnérant. Un corps étranger lancé par une explosion ne peut en aucun cas atteindre ensemble les deux paupières, Il faut un corps contondant de dimensions considérables. Encore faut il qu'il puisse pénétrer de quelque manière dans la barrière orbitaire, par un angle ou une courbure. C'est le cas de cet homme

(Obs. XLVI) frappé d'un coup de pied de cheval, et qui eut les deux paupières déchirées verticalement en leur milieu par le traumatisme, sans blessures du globe de l'œil.

Nous avons envisagé aussi complètement que possible les causes et les différents mécanismes des déchirures des paupières. Nous pouvons conclure en remarquant l'infinie variété que présente cette étiologie, variété que nous retrouverons dans la forme de ces blessures.

CHAPITRE II

Symptômes et formes des déchirures des paupières. — Diagnostic,

Il nous faut examiner maintenant sous quel aspect peuvent se présenter les déchirures, et rechercher les formes que les divers mécanismes vont imposer à la lacération du tissu des paupières. Cette étude va nous conduire à la notion des indications thérapeutiques utiles, et, par là, elle ne s'écarte pas de notre sujet.

Le fait de la déchirure est en lui-même facile à reconnaître. Mais il s'accompagne parfois de phénomènes qui peuvent le masquer, ou, au contraire, le mettre pleinement en lumière. Quelques-uns d'entre eux sont le corollaire obligé de l'attrition des paupières la contusion du globe, par exemple. D'autres ne peuvent pour ainsi dire pas se produire, sans que la paupière soit touchée : telles sont les déchirures musculaires, surtout celles de l'élévateur ou du droit supérieur. Nous les décrirons donc avec les symptômes.

Douleur. — La douleur doit certes être un des premiers éléments symptomatiques de la blessure. Cependant on la trouve rarement indiquée. C'est un sentiment de déchirure accompagnant le traumatisme (Obs. LIII). Parfois la douleur est excessivement violente (Obs. XLIII). Mais elle est toujours de peu de

durée. En tout cas, le plus souvent, elle n'est pas mentionnée au moment de la blessure : elle ne survient que plus tard, à l'occasion d'une complication.

Comme les déchirures sont presque toujours accompagnées d'un certain degré de contusion, les terminaisons nerveuses perdent de leur sensibilité ; ce qui explique le peu d'importance du symptôme douleur. Cependant, quand le globe est intéressé, la douleur est toujours intense (Obs. XVI). Elle est due à l'exquise sensibilité des nerfs ciliaires comprimés ou déchirés. Elle se présente alors avec ses caractères ordinaires ; elle est vive, surtout nocturne, siégeant au niveau des bords de l'orbite. Elle ne s'accompagne pas toujours de la perte de la vision, puisque les lésions du globe peuvent être minimales (Obs. XX). Même dans les cas où cette douleur est notée comme violente, il y a lieu d'en discuter l'origine. Car dans trois de ces cas la déchirure était complexe. Dans l'un il y avait déchirure de la conjonctive et d'un muscle (Obs. XXX) ; dans l'autre le globe était luxé (Obs. XII) ; dans le troisième, il y avait pénétration d'un corps étranger dans l'orbite et déchirure de la conjonctive (Obs. XX).

En somme nous pouvons dire que la caractéristique de la douleur, dans les blessures de la paupière, c'est son peu d'intensité au moment du traumatisme.

Hémorragie. — De même l'hémorragie est rarement importante. Ce fait s'explique également par la contusion. Les blessures intéressant le tarse pourraient seules provoquer un écoulement sanguin abondant (Panas). En effet, le tarse est entouré des cercles artériels ; mais, ces artères traversent un tissu fibreux

dense, qui ne permet pas facilement leur écrasement. Cependant nous ne trouvons qu'une fois l'indication d'une hémorrhagie qui n'a pu s'arrêter que sous un pansement (Obs. XIX).

Dans deux cas seulement, le sang s'écoulait avec abondance (Obs. VIII et Obs. V). Dans cette dernière, il y avait trois plaies donnant du sang, une surtout située à la base du nez. A la vérité, dans des déchirures importantes, on mentionne bien que l'œil est souillé de sang coagulé (Obs. XLVI). Mais sauf les exceptions que nous venons de signaler, jamais l'hémorrhagie n'a attiré spécialement l'attention des observateurs.

Mais il faut reconnaître que, lorsque le globe est touché, l'hémorrhagie devient beaucoup plus abondante. On la signale dans presque tous les cas.

Œdème et ecchymose.— Si la douleur et l'hémorrhagie n'accaparent pas la scène par leur importance, d'autres phénomènes sont bien plus fréquents. Dès le traumatisme apparaissent l'œdème et l'ecchymose des paupières. L'infiltration séreuse est souvent considérable. Elle peut s'accompagner d'un épanchement sanguin, parfois si abondant, que le tissu des paupières gonflé perd son élasticité et ne permet plus l'ouverture de la fente palpébrale. Les bords de la déchirure sont surélevés, même à tel point que l'importance et la forme de la plaie peuvent échapper à l'observateur. Souvent, dans les jours qui suivent la blessure, l'infiltration devient légèrement purulente.

L'épanchement de sang peut se faire dans les deux paupières (Obs. XLVI). Le plus souvent il se borne à

la paupière intéressée. Mais dans un cas (Obs. XVII), c'est le phénomène inverse qui s'est produit. Quelquefois il peut provenir de causes particulières, comme dans un cas où était notée la fracture du bord supérieur de l'orbite (Obs. V).

La conjonctive participe largement à ces infiltrations. Souvent on voit apparaître un chemosis intense. L'infiltration se fait-elle dans la conjonctive par la continuité du tissu cellulaire, ou bien la conjonctive est-elle intéressée pour sa part dans le traumatisme? Il est certain en tout cas que lorsque la conjonctive est atteinte, l'infiltration est beaucoup plus importante (Obs. XX).

Autres signes. — Des phénomènes irritatifs accompagnent souvent le traumatisme : la rougeur des paupières (Obs. XXVI), la vascularisation de la conjonctive tant oculaire que palpébrale (Obs. XXI), même en l'absence de toute inflammation. On a même vu parfois de l'injection périkeratique fort nette (Obs. XXI). Dans ce cas, l'iris a été intéressé.

Contusion et perforation du globe. — Les rapports de l'œil et de la paupière sont si intimes que la déchirure entraîne avec elle des symptômes du côté du globe. Quand le globe est touché, c'est alors que la douleur devient un élément prépondérant. Elle change de caractère, elle n'est plus vive et passagère comme elle l'était dans la déchirure simple. C'est une douleur profonde, gravative continue, s'exaspérant la nuit : elle siège au pourtour de l'orbite ou dans le globe lui-même. Le globe est, de son côté, douloureux à la pression (Obs. XXXIX). La tension est diminuée

(Obs. XXVIII) : mais elle peut être augmentée (Obs. Mack).

Si on a affaire à une simple contusion, la perte de la vue n'est quelquefois pas complète (Obs. XX). Dans un cas, le malade avait vu tous les objets colorés en rouge avant de perdre la faculté de voir (Obs. Desm.). A l'examen, on voit la chambre antérieure remplie de sang (Obs. XVIII), quelquefois augmentée par suite du refoulement (Obs. XIX), ou de la déchirure de l'iris (Obs. XXXIX). Les milieux sont troubles on ne peut voir le fond de l'œil que masquent des hémorragies du vitré. Dans un de nos cas (Obs. XXI), l'iris présentait le phénomène caractéristique du tremblement — irridodonsis, — le cistallin était luxé, et il était impossible de le voir dans sa nouvelle position.

Si le globe est perforé, la perte de la vision est un des signes rapides de ce fait comme dans la contusion. Mais il y a en plus l'hémorragie et l'issue du vitreum. Quand l'examen est possible, on peut voir le siège de la perforation, ce qui lève tous les doutes.

Déchirures musculaires. — La déchirure de la paupière peut s'accompagner de ptosis ou de strabisme. Le ptosis nous annonce que la plaie est profonde, et qu'elle a pénétré jusqu'au niveau de l'insertion du releveur.

Les symptômes fonctionnels des déchirures musculaires peuvent être établis, à priori, la déviation pupillaire ou l'absence de tel ou tel mouvement indiquant le muscle lésé. Mais nous ne pouvons oublier l'observation de ce malade chez lequel le globe avait perdu tous ses mouvements (Obs. XLVIII). Peu à peu

ils ont réapparu. Mais les mouvements, qui se font bien en dedans, sont impossibles en dehors. Le muscle droit externe n'a pas d'action sur le globe. Cependant le muscle n'a pas été atteint.

Les symptômes objectifs sont établis par plusieurs de nos observations. Quelquefois on aperçoit, entre les lèvres de la blessure, un petit bourrelet rougeâtre dans lequel la structure musculaire est méconnaissable. Ce bourrelet peut être étranglé dans la plaie (Obs. LII). On sent parfois à l'aide du toucher une partie plus dure, qui est le mognon rétracté du muscle coupé. L'insertion musculaire est arrachée, ou bien la section a porté sur le corps musculaire lui-même. Quelquefois cet arrachement dissocie le tendon, et l'on voit un pinceau brillant, qui est constitué par les fibrilles tendineuses.

Les symptômes subjectifs sont : le ptosis, la diplopie et la notion du traumatisme. Nous insisterons sur ce sujet à propos du diagnostic.

Formes de déchirures. — Le fait de la déchirure une fois acquis avec les éléments qui s'y associent, il importe de s'assurer de la forme de la blessure ; et ces formes sont nombreuses : « Quelque fertile que soit l'imagination, elle a peine à se figurer la multiplicité des combinaisons que le chirurgien attentif doit finir par découvrir, s'il veut espérer une suture parfaite et une réunion irréprochable ». (Communication de M. le professeur Gayet.)

La déchirure peut être unique : alors elle est verticale, allant du bord libre de la paupière jusqu'à l'arcade orbitaire (Obs. XLI), ou bien elle est transver-

sale, séparant, pour ainsi dire sans les atteindre, les fibres musculaires (Obs. XXXIII). Mais se sont là les cas les moins fréquents. Les agents de la contusion sont essentiellement irréguliers, et agissent par conséquent de façon irrégulière, exerçant en divers points une action de force inégale. L'irrégularité est donc une des caractéristiques des déchirures. Tantôt elles ont la forme d'un arc, qui suit exactement la courbure du tarse (Obs. XXXIV) ; tantôt elles ont un trajet oblique, soit en dedans (Obs. XXIV), soit en dehors (Obs. XXV), La paupière peut être séparée en deux parties (Obs. XLVI), ou, plus souvent, la déchirure se combinant avec le bord libre de la paupière, délimite un lambeau plus ou moins triangulaire, qui vient se rabattre sur les portions restées saines.

La déchirure peut se compliquer de diverses façons. Sur une déchirure principale peuvent se greffer des déchirures secondaires, comme des branches sur un tronc. Par suite de ce fait, on observe des lambeaux de formes et de directions différentes.

Sur une même paupière, on pourra, à la suite d'un traumatisme unique, observer deux (Obs. XLIII), et même trois (Obs. XXXI), solutions de continuité ; parfois aussi, le même agent déterminera la déchirure des deux paupières (Obs. XLVI).

Au point de vue de la profondeur de la lésion, nous avons tous les intermédiaires entre une simple éraflure du tégument et la déchirure totale de l'organe (Obs. XXX II et Obs. XXV). Les plaies les plus étendues ne sont pas les plus profondes ; on peut voir des plaies d'un faible diamètre intéresser toute l'épaisseur

des tissus (Obs. XXIV et Obs. XIV). Ce sont alors de véritables perforations. Nous pouvons aussi remarquer que les plaies les moins étendues ne proviennent pas ces traumatismes les moins graves au point de vue de la fonction visuelle. Nombre de fois (Obs. XX, XIX, XXVI), nous avons vu une simple coupure du bord libre être accompagnée d'une contusion sérieuse ou d'une perforation du globe de l'œil. Même dans un cas (Obs. XXVI), la plaie de la paupière était superficielle, n'intéressant tout au plus que la couche musculaire, et le bulbe de l'œil était perforé, comme si l'agent vulnérant avait glissé sur le voile protecteur de l'œil sans pouvoir l'entamer et avait pénétré ensuite par effraction dans le globe en frappant perpendiculairement un point de sa courbure.

La plaie peut ne pas intéresser le diamètre entier de la paupière ; et, par suite de l'élasticité des tissus, il se forme comme une boutonnière et, cette circonstance procurait, dans un cas, encore un peu de vue au malade (Smétius cité par Mackensie).

Une déchirure, même unique, peut se compliquer par suite de l'état de ses bords. C'est M. le professeur Gayet qui a montré le premier la variété infinie et l'importance de ces formes. L'agent vulnérant n'agit presque jamais normalement à la paupière ; de plus souvent il décrit un trajet, en agissant sur les tissus par arrachement plutôt que par section. En supposant même une action nette et régulière, la forme en biseau ne pouvait pas moins s'expliquer par l'élasticité différente des divers tissus dont se compose la paupière. Nous allons donc examiner les plaies des paupières

au point de vue de la réaction des divers tissus soumis à un traumatisme et des diverses formes que cette réaction va imposer aux blessures.

La déchirure de la peau peut être simple, comme faite par un instrument tranchant. Mais elle peut être déchiquetée, présentant des angles saillants ou rentrants. L'épiderme d'un des bords peut être roulé sur lui-même par l'effet du traumatisme, ou sous la pression d'un pansement mal appliqué (Obs. LVII).

Si le muscle est entamé, il se rétracte, entre-bâillant les lèvres de la plaie. Mais comme son élasticité est beaucoup plus grande que celle du tissu des téguments, il se retirera davantage et la formation d'un biseau s'explique naturellement. Si maintenant l'agent traumatique a frappé la paupière selon une obliquité convenable, il sectionnera la peau bien avant d'entamer le muscle, produisant ainsi, sur les deux lèvres de la plaie, deux biseaux opposés. Bien plus, si sa force est suffisante, et son obliquité assez prononcée, il décollera la paupière, produisant le clivage dont nous avons déjà parlé. C'est le cas d'un de nos malades (Obs. XLVII). Au moment de l'accident, il tenait un fusil épaulé, l'arme étant dirigée obliquement de gauche à droite et d'arrière en avant, de telle façon que le chien se trouvait à la hauteur de la paupière, et assez rapproché d'elle. Le malade a vu son fusil se fendre, il a senti une secousse, puis une douleur violente. Il est fort probable que le recul brusque de l'arme a amené le chien au contact de la paupière selon une direction très oblique ; le chien s'est incrusté dans les couches antérieures de la paupière, comme en témoigne la

forme de la déchirure. Le mouvement se continuant, il a coupé la peau en biseau, et séparé les plans qui composent la paupière. Ce mécanisme n'exclut pas l'hypothèse d'un éclat ayant pénétré dans l'œil, mais il explique bien mieux la forme de la déchirure que cette hypothèse.

Si le tarse est aussi atteint, la déchirure va se compliquer d'un autre élément. Et comme la conjonctive, dans la plupart des cas, cède en même temps que le tarse, la paupière est alors complètement fendue. Le tarse, de par sa constitution, n'est pas susceptible de se retracter, sauf dans une proportion très minime. Entre la peau et lui, le muscle va se retirer profondément. La section transversale de la plaie aura l'apparence d'un triangle à sommet dirigé vers les parties saines ; il y aura deux biseaux, un supérieur, un inférieur se réunissant à une de leurs extrémités

Si la déchirure s'étend dans une région où manque le tarse, le biseau de cette portion de la plaie restera simple, et nous aurons une combinaison nouvelle, les biseaux seront contrariés.

Dans les plaies par arrachement, ces diverses formes se combinent et se compliquent encore d'irrégularités plus grandes, dues aux différences d'élasticité du même tissu en des points différents. Les angles et les biseaux s'entremêlent et s'assemblent pour exercer la patience et l'ingéniosité du chirurgien. Si alors un bord osseux ou un muscle a cédé, on se trouve en présence de parties informes, où il est impossible de reconnaître un tissu quelconque. L'ensemble forme une sorte de « bouillie », qui inspire « la curiosité et la compassion ».

Mais la plaie a évolué. Par suite de l'incurie du malade, la réparation s'est effectuée dans l'état où le traumatisme avait laissé les parties. Quelles lésions aurons nous devant les yeux ? Des organes déformés, des paupières incapables de remplir leur fonction, que nous décrirons plus loin avec les conséquences, car les cicatrisations vicieuses sont la conséquence la plus grave et malheureusement la plus fréquente des déchirures des paupières.

Diagnostic. — Le diagnostic de déchirure des paupières est assez facile à poser, l'œdème des paupières ne pouvant masquer la solution de continuité que dans le cas où cette solution est minime.

Mais il faut surtout porter son attention sur la forme et la profondeur de la blessure. Tous les angles, tous les biseaux doivent être étudiés avec soin. Il faut se rendre un compte exact des parties, les distinguer, malgré les déformations qui leur font perdre leurs caractères distinctifs.

Les fractures des bords de l'orbite devront être reconnues avec soin, surtout au voisinage de l'angle interne, pour éviter plus tard des interventions longues et pénibles. Il faudra compter les esquilles, reconnaître leur forme et leur place, leur mobilité. La déformation de la région, la crépitation, le lieu et le mode du traumatisme, l'abondance de l'ecchymose sont les bases de ce diagnostic. Un lavage abondant de la région débarrassera la plaie des caillots ou des souillures, restituera un peu d'élasticité aux tissus, et leur permettra de se dérouler sous les yeux de l'observateur.

Un autre problème peut se poser. Le globe est-il

atteint ? La paupière gonflée, tendue, douloureuse, se refuse à tout mouvement. La douleur et l'hémorrhagie sont alors des signes importants à consulter. La douleur persistante, l'hémorrhagie abondante sont d'un fâcheux pronostic. Nous avons déjà insisté sur les caractères différents que présente la douleur. Il faudra de plus regarder de près quelle est la source de l'hémorrhagie. Que si, à ces signes on peut ajouter l'écoulement du vitré, on pourra affirmer la rupture du globe. Un globe tendu, douloureux à la pression, sera souvent un globe contusionné. En tout cas, l'ouverture de la paupière viendra renseigner rapidement sur l'étendue du désastre.

Nous avons déjà insisté sur les signes des ruptures musculaires. Mais on peut être appelé à faire le diagnostic quand la plaie est cicatrisée. La diplopie est alors un signe qui ne manque jamais (Obs. LIII, LXI, LXII, etc.). Nous la voyons dans six cas de rupture qui ont porté sur le droit supérieur, le droit interne et le droit inférieur. Pour chaque muscle elle présente des caractères propres. La diplopie, jointe à la notion de traumatisme, impose le diagnostic.

Dans le symblépharon, la paupière pourra recouvrir l'œil comme dans le ptosis. On les distinguera par la présence d'adhérences et aussi par ce fait que, dans le symblépharon, l'ouverture des paupières est aussi difficile que leur occlusion.

CHAPITRE III

Complications des déchirures des paupières. —

Suites de ces déchirures. —

Cicatrisations vicieuses.

Les complications des déchirures des paupières sont nombreuses. Elles peuvent apparaître à des moments divers de l'évolution de la plaie. Aussi les avons-nous classés à ce point de vue en complications immédiates et secondaires. Dans une seconde partie, nous étudierons les dangers qui proviennent d'une cicatrisation vicieuse.

Complications immédiates. — La perte de la vue peut accompagner des traumatismes minimes de la région des paupières. Dans ces cas, le globe n'est pas atteint ; la paupière même n'est pas perforée. Sabatier, de Beer, Warlomont, Mackensie ont vu de pareils faits. Dans un cas, un coup de bec de coq sur la paupière inférieure avait provoqué immédiatement l'amaurose. D'autres fois le traumatisme est plus considérable, mais sans jamais causer de solution de continuité importante. On a attribué cette complication, soit à une commotion de la rétine, soit à une inflammation se propageant de proche en proche, soit à une sympathie mal élucidée. Quoi qu'il en soit, ces faits s'éloignent un peu de notre

sujet ; nous ne les discuterons pas ici. Cependant on peut les avoir présents à l'esprit en face d'une plaie des paupières. Nous en possédons nous-même plusieurs cas. (Obs. VI et VII).

Mais un fait beaucoup plus important, c'est la possibilité d'une fracture de la voûte de l'orbite qui peut échapper à l'observation même attentive. Mackensie cite plusieurs de ces cas (Obs. I, II et III). La déchirure paraît simple ; les suites en semblent normales ; le malade continue sa vie ordinaire sans que rien puisse faire soupçonner une issue fatale. Tout à coup, douze ou vingt-quatre heures après le traumatisme, il est pris de convulsions, tombe dans le coma et meurt. Un de nos malades présentait aussi (Obs. V), avec une blessure de la paupière supérieure, une fracture verticale du rebord orbitaire supérieur, fracture qu'on avait pu diagnostiquer. Mais les phénomènes qui amenèrent la mort furent plus tardifs, et, à la suite d'un abcès, le malade succomba à une inflammation des méninges.

La contusion ou la perforation du globe de l'œil sont des plus fréquentes. Nous les avons étudiées en détail à propos des symptômes. Dans nos 64 cas, le globe est intact 35 fois ou dans 54 pour cent des cas. La contusion du globe existait dans 17 pour cent des faits, et la perforation s'observait 16 fois ou dans 25 pour cent des déchirures de la paupière. C'est une proportion peu importante.

La luxation du globe est un fait rarement observé. Nous en avons un cas.

La glande lacrymale elle-même peut être luxée à travers la déchirure de la paupière supérieure. Cette

complication se traduit par des signes assez peu nets. La glande se présente herniée au niveau de la plaie. Dans un cas, on la compare à un champignon (Obs. LV). C'est en effet la comparaison qui répond le mieux à la forme qu'elle présente. Ce champignon est gris rougeâtre, livide, d'une consistance plus ferme que celle d'un simple caillot. La douleur est nulle. Mais, dans un cas, il y a eu une abondante hémorrhagie (obs. LIV) intra-orbitaire, telle que l'œil faisait une légère saillie à l'extérieur. La glande peut être reconnue à la forme de son tissu. Mais elle peut être absolument déformée et le diagnostic se fait par la position qu'elle occupe. On pourrait la confondre avec un prolapsus chorio-rétinien. Mais l'intégrité bientôt reconnue du globe de l'œil écarte cette hypothèse.

La section des conduits lacrymaux est une véritable complication par les soins particuliers qu'exige le traitement de cette blessure. Nous en possédons deux cas (Obs. XLV et Obs. XLLV), le dernier étant des plus instructifs. La disposition de la plaie rend évidente cette section. La rareté de cette blessure s'explique par les dispositions anatomiques de la région. Il faut que le traumatisme porte son action, à partir du point lacrymal, sur une étendue qui n'a pas plus de 7 millimètres (Desormeaux) pour atteindre le canal. La section une fois reconnue, il faut se hâter d'intervenir si l'on veut que l'intervention soit utile.

Complications secondaires. — Les déchirures des paupières peuvent s'infecter, et l'histoire de ces infections rentre dans les complications secondaires, car, si le fait de l'infection peut se produire immédiatement après

le traumatisme, ses manifestations n'apparaissent que plus tard dans l'évolution de la lésion.

Les inflammations inquiétaient beaucoup Mackensie, par exemple l'érysipèle dont il fait un chapitre à part. Mais actuellement, elles n'ont pas lieu de nous préoccuper outre mesure, car une antisepsie soigneuse peut les éviter.

On a vu (Obs. VIII) le phlegmon de l'orbite succéder à une déchirure de la paupière. Nous avons vu plus haut une méningite consécutive à cette sorte de blessure.

Nous avons même recueilli deux cas de tétanos ayant suivi un traumatisme léger de la paupière inférieure (Obs. X et Obs. XI), Peut-être cette redoutable complication peut-elle trahir son début par une apparence particulière de la plaie, les tissus sont infiltrés et durs, l'œdème est rapide dans son développement; l'orifice de la plaie laisse écouler une sanie purulente. Dans un cas, il y avait même une parésie faciale. Le petit malade avait le teint blafard, et malgré une diminution passagère de l'intensité des symptômes, le lendemain il était pris de contractures et mourait vingt-quatre heures après.

Suites des déchirures des paupières. — Quand la plaie est cicatrisée, alors et trop souvent on observe un ensemble de phénomènes qui assombrissent singulièrement, au point de vue de la fonction visuelle, le pronostic de la lésion. Nous voulons parler des cicatrisations vicieuses, suites naturelles d'une déchirure insuffisamment traitée.

Le premier résultat de ces soudures en mauvaise position est une déviation des bords ciliaires. Ces dé-

vations donnent à la fente palpébrale les aspects les plus divers. Dans l'obs. XLVIII, le bord libre de la paupière inférieure est interrompu de la façon suivante : les deux lambeaux se sont soudés de façon à laisser entre eux un espace triangulaire. Le bord du lambeau interne est oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Le bord du lambeau externe est oblique en sens contraire, c'est-à-dire de dehors en dedans ; mais son obliquité est bien moindre. Au niveau de leur point de soudure, on en voit un autre exclusivement composé de peau qui remonte verticalement à la base du lambeau interne. Le bord de la paupière supérieure est également intéressé, de sorte que, dans son ensemble, l'ouverture de la fente palpébrale a une forme losangique. Dans l'intervalle des deux lambeaux de la paupière inférieure, on voit la conjonctive enflammée.

Dans une autre observation (Obs. L), par suite d'une déchirure de la paupière supérieure, les cils ont pris une direction verticale, par suite des tiraillements exercés au niveau des angles des lambeaux.

Un autre cas (Obs. L) nous montre l'angle externe totalement déplacé. La paupière a été transplantée et s'est insérée sur la joue.

L'obs. XLIX déjà citée au début de notre travail, nous montre le bord libre de la paupière supérieure presque vertical, fortement oblique de haut en bas et de dedans en dehors. De plus l'angle interne n'existe plus. On devine quels obstacles une pareille disposition peut apporter au bon fonctionnement des paupières et les conséquences désastreuses qu'entraînent de pareilles inatrisations au point de vue de l'harmonie des formes.

Dans deux des cas que nous venons de citer, les bords de l'orbite étaient également intéressés. Dans l'un, le rebord osseux faisait l'office d'une poulie sur laquelle glissait la peau entraînant la paupière. Dans l'autre, l'angle interne était effacé.

Les ruptures musculaires abandonnées à elles-mêmes ne sont pas moins redoutables par l'absence de réunion des deux parties du muscle. Nombreux sont les cas de ptosis à la suite de cicatrisations incomplètes. Le voile palpébral tombe alors au devant de l'œil, empêchant les rayons lumineux de pénétrer jusqu'à la rétine. De même, si l'on n'intervient pas dans les ruptures des muscles droits, l'œil se dévie et nous voyons se produire tous les inconvénients du strabisme ; sans compter que souvent une opération tardive ne donne plus le succès sur lequel on avait compté et qu'on aurait pu obtenir par la réunion immédiate.

Quand la conjonctive est intéressée, et surtout si la conjonctive bulbaire participe à la lésion, il s'établit, au niveau de la plaie, et très vite, des adhérences. Nous savons quelle rapidité de réparation possède cette muqueuse. Au niveau d'une plaie faite par un grain de plomb (Obs. LVI), le lendemain on observait déjà une hyperplasie du tissu. Aussi le symblépharon est-il une conséquence funeste des blessures de la conjonctive. La paupière devient ainsi une gêne, tout en cessant d'être une protection.

De même, quand les bords ciliaires sont intéressés, les larmes ne peuvent plus être normalement chassées, de là les complications les plus diverses, qui peuvent également suivre l'ectropion le plus léger de la paupière

inférieure. Un de nos malades venait à la Clinique pour une dacryocistite purulente.

La conjonctive, cessant d'être protégée, se cutise et engaine le globe dans un fourreau inextensible. La cornée, exposée sans défense aux poussières, perd son éclat et sa transparence, s'enflamme, s'ulcère, se rompt, livrant passage aux infections de toute nature qui conduisent à la perte de l'œil, si une intervention, souvent fort délicate, ne vient pas restituer les choses en état et rendre les organes à leurs fonctions.

CHAPITRE IV

Traitement.

Nous avons vu l'importance du rôle des paupières au point de vue de la fonction visuelle et nous espérons avoir montré que le traitement de leurs déchirures mérite tous nos efforts, de par la gravité des conséquences que ces plaies peuvent entraîner.

Le traitement doit s'adapter aux phases successives de l'évolution de la lésion. On peut donc le considérer à trois moments de cette évolution. En effet, dans une première période, les parties atteintes sont dans l'état où vient de les laisser le traumatisme ; nul lien entre elles, et toute la thérapeutique doit se borner à les restituer dans leur forme première : c'est le traitement immédiat.

— Dans une seconde période, les portions traumatisées ont commencé à s'unir ; mais les tissus sont en voie de formation et les adhérences ne sont pas très solides. Il faudra, pour les réintégrer à leur place normale, rompre ces adhérences ; c'est le traitement consécutif. — Enfin, dans une troisième période, les lambeaux sont soudés et la cicatrisation est définitive. Trop souvent, à ce moment, l'intervention restera inefficace, dans tous les cas, elle comportera les manœuvres les

plus délicates et les plus difficiles ; ce sera là le traitement tardif.

Traitement immédiat. — Les déchirures des paupières réclament, dès l'instant du traumatisme, le même traitement qu'une plaie quelconque soupçonnée d'infection. Il faut procéder immédiatement à de grands lavages à l'eau boriquée ou à l'eau bouillie dont le rôle mécanique est considérable. Ces lavages débarrassent la plaie de toutes les souillures, caillots et poussières, débris de toute sorte qui masquent les parties lésées. Ils permettent aux tissus de reprendre une apparence un peu plus nette et facilitent par là le diagnostic. Ils diminuent l'œdème parfois très gênant en chassant le sang qui infiltrait les parties et par là rendent l'affrontement moins difficile.

Ces lavages terminés, il faut chercher si dans la plaie ou au-dessous de la paupière au niveau de la blessure n'est pas restée quelque portion du corps étranger. Cette recherche n'est pas aussi banale qu'elle peut le paraître. De Wecker cite un cas où il était intervenu plusieurs mois après un traumatisme pour extraire de l'orbite un morceau de parapluie. Il explora soigneusement la plaie et fit la suture. Trois mois après, le malade se présentait de nouveau devant lui et Wecker retirait encore de la blessure un autre morceau, long de plusieurs centimètres, provenant de l'agent du traumatisme. Il nous revient encore en mémoire un autre cas où le malade, à la suite d'une inflammation de la paupière, vit sortir de la plaie plusieurs morceaux de verre qui y étaient inclus depuis une chute déjà assez ancienne.

Si la plaie des paupières a été souillée de terre, comme dans un cas déjà cité, on pourrait faire au malade une injection de sérum antitétanique pour prévenir l'invasion, possible (nous l'avons vu), du tétanos.

Ces précautions prises, nous allons envisager directement le traitement de la plaie palpébrale. Nous avons divisé les plaies en quatre groupes : plaies de la peau, des muscles, du fibro-tarse, de la conjonctive. C'est ici que cette classification trouve sa justification, car la thérapeutique devra varier avec le groupe considéré.

Si la déchirure est simple, régulière, une suture en a raison.

Si les bords en sont déchiquetés (Obs. XXXVII et XXXIV) il faut les réunir soigneusement, adapter d'une façon parfaite les angles rentrants ou saillants. Ceci fait, on pratiquera la suture métallique, comme dans le cas précédent. Que si les lambeaux paraissent trop irréguliers, ou d'une adaptation difficile, ou d'une vitalité douteuse, il faut bien se garder d'avoir recours aux ciseaux. Il ne faut jamais rien retrancher de l'étoffe dont nous disposons. Une perte de substance est cause de tiraillements dans la cicatrice ; et, sans parler de la difformité qui en est fatalement le résultat, elle entraîne après elle un retrait des parties et la déviation du bord ciliaire (Obs. XLIX.) L'ectropion n'a souvent pas d'autre origine. L'antisepsie évite tout danger de sphacèle étendu, et si le lambeau doit tomber, la nature se chargera de sa chute. Au lieu qu'en nous abstenant méthodiquement d'une intervention intempestive, nous pouvons voir les tissus mortifiés reprendre leurs qualités premières et la cicatrisation se faire d'une façon parfaite.

La même conduite doit être tenue quand la plaie présente des biseaux opposés. Il faut étaler les lambeaux, les adapter et les suturer, quel que soit le gonflement des parties ou leur déformation.

Si les muscles sont compris dans la blessure, il faut s'attacher à reconnaître la forme et la direction des fibres. Malgré leur dissociation, leur attrition souvent profonde, il faut affronter les deux bouts musculaires et les fixer dans leur forme par des sutures perdues au catgut. Cette manière d'agir est de toute importance dans les déchirures du releveur. Elle a été employée avec succès par Durr (Obs. LII) et par Viciano (Obs. LVI). Mais c'est à M. le professeur Gayet que revient l'honneur d'en avoir généralisé les indications. Le succès, du reste, n'est pas toujours parfait, et dans plusieurs cas, on a pu voir persister un ptosis très minime (Obs. XXXV). Pour les autres muscles qui peuvent aussi être atteints, on doit tenir la même ligne de conduite. L'abstention conduit aux pires résultats, et souvent une intervention tardive ne peut réussir à triompher des obstacles (Obs. XLIX). Les muscles une fois suturés, on fixe au-dessus d'eux le tégument de la paupière avec les mêmes soins et de la même manière que précédemment.

La rupture du tarse mérite la plus sérieuse attention. Si un affrontement parfait permet une adaptation régulière de ses fragments, on pourra se contenter de fixer la paupière au moyen de sutures en la traversant dans toute son épaisseur. Mais si les deux bouts du tarse ne sont pas dans une coaptation absolue, s'il manque quelque portion de sa substance, il ne faut

pas hésiter à le suturer à part avec le catgut. Cette suture par plans successif doit se faire avec d'autant plus de minutie qu'on est plus proche des points lacrymaux. Une négligence pourrait causer en cet endroit un larmolement incurable. Desormaux (obs. XLIX) dans un cas de déchirure d'un de ces canaux est intervenu par une méthode vraiment parfaite. Il plaça dans le canal lésé une soie pour en maintenir le calibre et la fit descendre jusque dans la narine correspondante. Il réunit la plaie par deux points de suture. Une telle manière d'agir ne saurait trop se recommander. En effet Cattaneo (in Arch. di Ottalm. III) a remarqué que, malgré la suture la plus soignée, les conduits s'oblitérent presque toujours. Ses conclusions portent sur quatre cas de déchirure des paupières et sur des expériences. Il a constaté au microscope que les deux bords du conduit coupé se ferment en cul-de-sac. L'affrontement seul peut donc être insuffisant, et si les canaux sont directement intéressés il ne faut pas hésiter à agir selon la méthode de Desormaux pour conserver leur lumière.

Comme la peau, la conjonctive peut être coupée isolément. Mais le cas est rare ; généralement la rupture du tarse s'accompagne de lésions semblables du côté de la muqueuse. C'est alors que la plus grande patience est nécessaire. Toutes les formes que nous avons énumérées peuvent se présenter à la fois. Il faudra donc rétablir les tissus dans leur intégrité ; essuyer les parties, les mettre en évidence, et les suturer de façon à avoir une restauration parfaite. C'est le cas de notre malade (Obs. XLVII). La déchirure était fort compli-

quée; l'intervention dura trois quarts d'heure. Mais aujourd'hui, un mois après sa blessure, la paupière a repris sa forme première. Il ne reste plus trace des déchirures latérales. On voit une cicatrice linéaire, un peu rougeâtre, qui ira en s'atténuant probablement et telle qu'aurait pu la laisser après elle une simple section de la peau. Le bord ciliaire ne présente pas la moindre encoche. La guérison est parfaite.

Si la conjonctive présente des lambeaux difficiles à réunir, on peut régulariser la plaie à l'aide de ciseaux (Obs. XLVI) et suturer ensuite.

Si les bords de l'orbite sont fracturés, enfoncés dans les sinus ou détachés sous forme d'esquilles, il faut aussi intervenir immédiatement. M. le docteur Loubet a étudié avec soin, dans une thèse récente, ces indications spéciales, et nous ne saurions mieux faire que de lui emprunter ses conclusions: il faudra intervenir « par la restauration osseuse immédiate qui, dans le cas de fracture avec plaie, s'attache à la voie créée par le traumatisme, pour faire la reposition et le maintien des fragments ou esquilles osseuses, avec drainage. »

Traitement consécutif. — Deux ou trois jours se sont écoulés depuis le traumatisme. La peau et la muqueuse ont contracté des adhérences, les tissus sont infiltrés, les lambeaux enroulés. Il faut faire un nettoyage soigneux de la région, puis déchirer les tissus néoformés. Mackensie avait déjà pratiqué une pareille intervention (Obs. LVII); mais le fait était resté trop isolé. Mackensie lui-même n'y avait pas attaché toute l'importance qu'il mérite. M. le professeur Gayet, au contraire, insiste sur ces manœuvres. Nous avons trouvé dans ses obser-

ventions des cas où cette méthode a été appliquée (Obs. XLI). Il ne faut pas hésiter à séparer les lèvres de la plaie, à rouvrir les voies qu'avait créées le traumatisme; il faut pratiquer toutes ces violences pour empêcher la formation de cicatrices vicieuses. Cependant, si les parties étaient soudées avec une régularité suffisante, on pourrait laisser les choses en l'état. Mais le champ de l'abstention doit être encore ici fort limité. La coaptation doit être parfaite si l'on veut laisser agir la nature.

Dans d'autres cas, au bout de cinq ou six jours, chaque lambeau paraît se cicatriser pour son compte. On avivra les bords, et on les réunira par des sutures, comme si l'intervention était immédiate (Obs. LX). La littérature médicale nous fournit d'autres exemples (Obs. LVII) dans lesquelles cette conduite a été tenue.

Traitement tardif. — Il nous faut envisager maintenant le traitement à instituer lorsque la cicatrice est établie d'une façon définitive. Souvent, en présence des difformations, on se trouve désarmé. La paupière est fixée pour toujours dans une forme vicieuse (Obs. XLV). Cependant, même alors que les os se sont soudés, quand les téguments recouvrent le squelette ainsi déformé, on a pu intervenir avec succès. M. le professeur Gayet recommande à cet égard une thérapeutique active et la thèse de M. le docteur Loubet va nous fournir encore de précieuses indications. On peut rétablir le rebord osseux par relèvement et fixation des fragments, en faisant précéder ces opérations de l'incision des parties molles.

Si les parties molles sont seules intéressées, comme

dans le cas représenté dans l'observation XXXVIII, on peut tenter aussi la restauration du bord ciliaire. Dans ce cas, M. le professeur Gayet fit une incision au-dessous du lambeau vertical pour le mobiliser, puis sépara les deux bords palpébraux. Le lambeau cutané une fois mobilisé, les bords de la paupière purent être affrontés dans leur position normale. La guérison fut parfaite.

Si des muscles ont été sectionnés et se sont cicatrises après leur rétraction, l'intervention ne donne pas de résultats certains. En effet, le muscle ainsi déplacé contracte des adhérences intimes avec les tissus environnants soit avec la conjonctive, soit avec la sclérotique (Obs. LXI). Les difficultés du décollement sont presque invincibles. Le muscle peut même s'être créé une nouvelle insertion sur la sclérotique. Dans le cas qui nous occupe, l'avancement donna des résultats insuffisants et l'on fut obligé de recouvrir à la ténotomie du même muscle droit inférieur sur l'autre œil. Dans un autre cas emprunté à Bourgeois, (Obs. LXII) on fit la ténotomie de l'antagoniste. On voit toutes les difficultés de l'intervention tardive.

Si le releveur de la paupière supérieure a été sectionné, il ne reste plus qu'une ressource, c'est d'opérer le ptosis par la méthode ordinaire. C'est ce qu'a fait Monsieur le professeur Gayet dans un cas (Obs. LXIV).

Quand les conduits lacrymaux ont été séparés, et si l'on n'a pu obtenir leur réunion immédiate, ou si cette réunion n'a pas été tentée, il persiste un larmolement pour ainsi dire incurable. Dans un cas semblable (Obs. XLV), Monsieur le professeur Gayet ouvrit le canal sur la sonde.

Quand les deux conjonctives se sont soudées l'une à l'autre, l'adhérence de la paupière au globe de l'œil est souvent invincible. Pourtant Mackensie (Obs. LVIII) a dans un cas semblable décollé les surfaces en contact et libéré ainsi la paupière. On est donc autorisé à suivre son exemple.

Mais combien de cicatrisations vicieuses échappent à la thérapeutique, combien de paupières sont ainsi rendues inutiles ! Le traitement immédiat est le seul qui donne des résultats parfaits. En ces circonstances, pressantes tout retard est un dommage : pour agir bien, il faut agir vite.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mackensie (Résumée)

Le 12 avril 1832, on amène au London-Hospital, un homme atteint d'une plaie par arrachement de la paupière supérieure droite. Il raconte que, pendant qu'il travaillait à bord d'un vaisseau à décharger du charbon, un crochet destiné à soulever les charges l'atteignit à l'œil gauche, et qu'il fut ainsi enlevé à plusieurs pieds de hauteur. Ses compagnons s'apercevant de ce qui était arrivé, lâchèrent brusquement la corde, de telle sorte que le malheureux tomba pesamment sur le pont. Il retira immédiatement lui-même le crochet et, à son entrée à l'hôpital, il ne paraissait avoir aucune lésion grave. Le globe de l'œil était intact et l'on ne put découvrir aucune fracture. La respiration était naturelle;... pupilles sensibles à l'action de la lumière; pas de céphalalgie.

La nuit fut tranquille. Le lendemain matin, douleur de tête légère. Vers six heures du soir, il survient brusquement des symptômes de compression du cerveau; respiration stertoreuse; pupilles contractées et insensibles à l'action de la lumière. À ce moment, une quantité de sang paraissant mélangé de substance cérébrale et qu'on peut évaluer à deux onces, s'échappe de la blessure. Le malade languit dans cet état jusqu'à deux heures du matin, puis meurt.

On trouva la voûte orbitaire du frontal complètement broyée et une portion considérable du lobe antérieur du cerveau, qui s'était échappée par la plaie, manquait.

OBSERVATION II

Mackensie (Résumée)

On apporte à onze heures du soir, à l'hôpital de Brest, un soldat blessé par une fourche à la partie moyenne de la paupière. La plaie, oblique, a environ trois lignes d'étendue et paraît n'avoir intéressé que la peau et le muscle orbiculaire; peu d'écoulement de sang, paupière tuméfiée, conjonctive enflammée. La simplicité apparente de la plaie, le bon état du pouls, l'exercice régulier de toutes les fonctions, dictaient un pronostic favorable; le malade affirmait qu'il n'avait rien ressenti de particulier au moment de la blessure et qu'il avait à peine été étourdi. Le malade repose bien la nuit. Le lendemain, il est tout à fait gai, il se promène dans les salles, n'accusant qu'une légère douleur dans la plaie et mangeant même avec appétit. Ce même jour, à sept heures du soir, il fut saisi de convulsions, que ceux qui l'entouraient prirent pour une attaque d'épilepsie. Le jour suivant, on le mit à la diète et on le saigna au bras. Les convulsions revinrent. On vit survenir des vomissements, du malaise, de l'agitation et du délire; le pouls devint faible et contracté; des sueurs froides se montrèrent et le malade mourut vers deux heures du matin.

A l'autopsie, on rencontre dans l'orbite une collection purulente circonscrite entre la voûte et l'élévateur de la paupière supérieure. Cette collection de pus communiqua avec l'intérieur du crâne, à travers la voûte orbitaire du frontal, qui avait été traversée par une des dents de la fourche. Le plancher de l'orbite a été fracturé et presque complètement enfoncé dans le sinus maxillaire. Les lobes antérieurs du cerveau sont en

suppuration. M. Massot regarde comme probable qu'au moment de l'introduction de la dent de la fourche dans l'orbite et le crâne, le globe de l'œil, fixé et violemment comprimé entre elle et le plancher de l'orbite, a réagi sur la mince paroi du maxillaire supérieur, qui, ne pouvant résister, s'est enfoncée sous l'action du globe de l'œil comprimé par la fourche.

OBSERVATION III

Mackensie.

Un lieutenant d'un régiment de highlanders, en courant pendant une nuit obscure pour échapper à une averse, vint heurter un vieillard trop irascible, qui lui lança un coup de pointe avec son parapluie dont le bout l'atteignit au-dessous du sourcil gauche. Cette blessure occasionna si peu de douleur et d'ébranlement que l'officier se rendit à pied à la distance d'un demi-mille chez Sir Ph. Crampton, et le pria d'examiner la plaie de sa paupière qui continuait à saigner légèrement.

Sir Philip reconnut qu'il existait une plaie de trois quarts de pouce de long à la paupière supérieure, dans le point où l'action d'ouvrir l'œil et de regarder en haut détermine la formation d'un pli. Quand l'œil était dirigé dans ce sens, on n'apercevait pas la moindre trace de plaie; mais quand la paupière était close, la plaie devenait béante et laissait voir la conjonctive, qui recouvrait encore la partie supérieure du globe de l'œil. La vision était parfaitement conservée. La plaie fut réunie à l'aide de deux points de suture et le malade retourna chez lui à pied. Le lendemain, un peu de raideur de la paupière. Le surlendemain, violentes convulsions à 7 heures du matin. Les convulsions persistèrent, avec de courts intervalles de coma, jusqu'à huit ou neuf heures du soir où il expira.

A l'autopsie, on trouva que le bout en cuivre du parapluie, long de deux pouces, avait traversé la portion orbitaire du

frontal et s'était logé dans la substance de l'hémisphère gauche du cerveau.

OBSERVATION IV

Mackensie.

Un jeune homme reçut une blessure faite avec un instrument tranchant, et s'étendant obliquement de la partie supérieure de la fosse temporale gauche, en traversant la racine du nez jusqu'à la fosse canine droite. La peau, les branches temporales de la portion dure de la septième paire, le muscle auriculaire antérieur, une partie du muscle temporal, l'orbiculaire des paupières et le sourcilier, la branche frontale du nerf ophthalmique et l'artère sourcilière, toutes ces parties pendant au-dessus de la joue, formaient un lambeau dans lequel se trouvaient aussi une partie de la portion orbitaire du frontal et son apophyse externe, de sorte qu'une partie de la cavité de l'orbite et de celle du crâne se trouvait ouverte et laissait apercevoir le globe de l'œil et les mouvements du cerveau. Le nerf nasal et l'artère nasale, les muscles pyramidaux, et, dans une petite étendue, les os du nez étaient divisés ; du nez à la fosse canine droite, il n'y avait que la peau intéressée. La portion de cerveau mise à nu paraissait intacte ; l'œil aussi avait l'air parfaitement sain, aucune de ses parties n'ayant été touchée excepté l'élévateur de la paupière supérieure, qui avait été divisé en travers à la partie moyenne et dont la moitié antérieure était relâchée et attirée en bas et en avant par le lambeau qui pendait sur la joue.

M. Ribes rapprocha exactement les lèvres de la plaie et les maintint à l'aide de bandelettes agglutinatives. En six semaines, le blessé fut guéri sans fièvre ni suppuration. Néanmoins, l'œil qui avait été mis à nu perdit la faculté de voir et la paupière supérieure resta immobile.

OBSERVATION V

(Clinique ophthalmologique)

J.-Marie C..., 26 ans, garçon épicier, est blessé le 19 juillet 1899, à 5 heures, par l'explosion d'un fût d'alcool. Il reçoit sur l'œil droit un morceau de tonneau qui a vidé son œil et de plus produit une plaie de la paupière supérieure droite, de la région sourcilière gauche et de l'aile du nez à droite. Ces plaies saignent assez abondamment, surtout celle de l'aile du nez. La paupière droite est très tuméfiée et ecchy-mosée. En explorant la plaie, on découvre une fracture verticale du rebord orbitaire supérieur. L'œil droit est affaissé, vidé; on voit quelques lambeaux de la cornée.

Un abcès survient dans la région molaire : on le ponctionne le 31 juillet. Le 4 août, le malade est pris de frissons. Le 5, il y a un peu de délire. La plaie supérieure laisse écouler un peu de sérosité. Le malade souffre un peu au niveau de la face antérieure du foie; il présente quelques soubresauts musculaires. On fait la trépanation au lieu de la fracture; ablations d'esquilles. Le 6, le malade meurt à 3 heures de l'après-midi.

A l'autopsie, on reconnaît que l'orbite est fracturée et que les méninges contiennent du pus.

OBSERVATION VI

(Hermann Baas. Klin. Monatsblätter für Aug.)

Un cultivateur se heurte contre les dents d'une fourche. On voit une petite blessure superficielle et linéaire de la paupière supérieure. Perte de la vision.

OBSERVATION VII

(Hirschberg. Klin. Monats. f. Aug.)

E. D..., marchand, reçoit un coup de fleuret sur l'œil gauche. Il y a une très petite blessure de la paupière inférieure au niveau du rebord orbitaire. Perte soudaine de la vision.

OBSERVATION VIII

(Clinique ophthalmologique)

L... Berthe, 29 ans, limonadier, a reçu un éclat de siphon dans l'œil, vaste déchirure de la paupière supérieure, formant un lambeau triangulaire dont la pointe est à la partie moyenne de la paupière supérieure et qui s'étend jusqu'à la commissure ; en dedans plaie verticale en V. Ces deux plaies, largement béantes, donnent beaucoup de sang, et l'on voit l'œil partagé, suivant son méridien horizontal par une plaie qui s'étend de deux millimètres en dedans jusqu'à un centimètre en dehors ; cette ouverture occupe donc environ un tiers de la circonférence du globe.

On tente la réunion de cette plaie avec 5 points de suture, après quoi on restaure les paupières avec soin. Un phlegmon de l'œil nécessite l'énucléation.

OBSERVATION IX

Ory (Rec. d'ophthalmologique)

Le 4 avril 1874, la nommée X..., âgée de 18 ans, tomba dans un escalier : le front porta sur un fragment de verre, ce qui détermina une plaie d'environ deux centimètres à la partie externe de l'arcade sourcilière. Il se produisit alors une hémorragie abondante : mais la vision restait intacte. Le médecin appelé à arrêter l'hémorragie, fit des sutures (3 épingles) qui restèrent deux jours en place. Mais un gonflement œdémateux inflammatoire se manifesta, et l'on dut retirer ces points de suture. Le gonflement était tel à la partie interne de la paupière que le médecin fit en ce point une petite incision peu profonde, qui ne donna issue qu'à une faible quantité de pus. L'état local s'aggravait de plus en plus malgré l'application constante de cataplasmes ; mais l'état général restait satisfaisant. La malade fut reçue à l'hôpital.

5 avril. — Sauf une fièvre modérée, l'état de santé est très bon. Cependant du côté de l'orbite on constate un gonflement considérable avec œdème rouge bleuâtre et tendance au sphacèle, une exophthalmie notable, de la fluctuation orbitaire. Le globe de l'œil à part un peu de congestion et d'œdème de la conjonctive bulbaire a conservé l'aspect normal : mais il y a immobilité de la pupille qui est modérément ouverte. La malade déclare ne plus voir depuis le quatrième jour de l'accident. Incision de deux centimètres à la limite du gonflement, parallèle au rebord de l'orbite, à trois centimètres du bord libre de la paupière inférieure tuméfiée ; de la sérosité purulente s'écoule en abondance. Le lendemain, M. Trélat approuve mon intervention et la complète en introduisant un drain qui entre par la plaie du sourcil et sort par l'incision de la paupière, en passant, en passant sur la partie externe du globe. Un stylet introduit fait constater la présence d'un trajet oblique de haut en bas, d'avant en arrière et de dehors en dedans, trajet dans lequel le stylet rencontre une portion d'os dénudé à surface irrégulière sans mobilité. Un tube à drainage est plongé dans ce trajet.

Les jours suivants, lavages à l'alcool phéniqué, diminution du gonflement. Mais le sphacèle de la paupière supérieure ne put être évité ; et, à la chute de l'eschare, il y eut sur la paupière une plaie bourgeonnante de la grandeur d'une pièce de un franc.

13 mai. — Légère cautérisation du cul de sac de l'angle externe pour réprimer une hypertrophie de la muqueuse en ce point. On remarque aussi un début d'ectropion du tiers externe de la paupière inférieure. Ce point correspondont à la bride cicatricielle du trajet du tube à drainage, et à la cicatrice de l'incision faite sur la paupière inférieure. Cette incision après la disparition de l'œdème, est à moins de un centimètre du rebord palpébral.

18 mai. — Exagération de l'ectropion ; le 20 suture de la moitié externe des paupières, trois points de suture métallique.

Le 5 décembre, la malade vient demander la désunion de ses paupières.

La paupière supérieure est plissée et rétractée en partie au niveau de la partie externe du rebord orbitaire ; il y a là une cicatrice adhérente à l'os. Cette cicatrice ne cause pas actuellement d'ectropion ; mais il y a une légère diminution dans la hauteur du voile palpébral supérieur. Quant à l'ectropion inférieur, il a été heureusement combattu par la suture des paupières. Aussi M. Trélat opère la désunion le 10 décembre.

OBSERVATION X

Darier (Résumée)

Il y a quelques jours, on m'amenait à six heures du soir un jeune garçon de dix ans, qui avait reçu, sur l'œil gauche, le matin même, une motte de terre que lui avait jetée un camarade. L'œil est fermé, les paupières tuméfiées, surtout la paupière inférieure ; le globe intact. A la face externe entamée de la paupière, en voyait une blessure déjà fermée, mesurant à peine un centimètre de longueur. En éctropionnant la paupière pour inspecter la surface conjonctivale qui était rouge et infiltrée, je fit sortir un liquide séreux mêlé de pus. Une perforation de la conjonctive au niveau du cul de sac montrait que le projectile avait perforé la paupière de part en part. Impossible de sentir nettement la présence d'un corps étranger ; le bord orbitaire est tuméfié, infiltré, dur ; en tout cas, s'il n'y a pas de corps étranger, il existe de la périostite du bord orbitaire. Le malade ne souffre pas beaucoup. Mais l'œdème qui s'est développé si rapidement, sans épanchement de sang, la sanie purulente qui s'écoule par l'orifice conjonctival, ainsi qu'une parésie faciale probablement réflexe me font penser qu'il y a

lieu d'intervenir au plus tôt. Le lendemain, la paupière est dégonflée.

Cependant le patient est un peu blafard, la paralysie faciale a plutôt augmentée. Mais l'œil s'ouvre mieux, à la pression on ne fait plus sortir de pus de l'orifice conjonctival. En revanche on sent un corps étranger sur le bord de l'orbite. Ce fait, compliqué de la paralysie faciale persistante, me fit insister auprès des parents pour leur démontrer la nécessité de l'extraction du corps étranger. L'intervention est refusée. Le lendemain, l'enfant est pris de tétanos et meurt après vingt-quatre heures.

OBSERVATION XI

Robert et Williamson, *Lancet* (Résumé)

Blessure au-dessous de la paupière inférieure droite, faite avec un bâton. Tétanos accompagné d'une paralysie du nerf oculo-moteur droit. A l'examen microscopique, le cerveau et les nerfs furent trouvés normaux.

OBSERVATION XII

Flarer, *Ann. d'Ocul.* (Résumée)

Le 13 juillet de l'année dernière, je fus appelé de bonne heure à ma clinique pour voir un blessé qui venait d'y être transporté. Il offrait à la vue une face toute ensanglantée ; la paupière lacérée, et le bulbe de l'œil gauche sorti de l'orbite et pendant sur l'os zygomatique, étaient un objet de curiosité et de compassion pour les assistants.

Le blessé était âgé de 17 ans. Remplaçant pour la première fois le gardien ordinaire des pourceaux (vulgairement appelé général), il avait, en sortant de la maison, au point du jour, donné un coup de fouet à un jeune pourceau qui s'était écarté du reste du troupeau. La truie, entendant les cris de son petit, s'était jetée sur l'enfant qu'elle ne connaissait pas, lui avait

mordu les jambes, puis l'avait jeté à terre. Le malheureux était tombé sur le visage, et, pendant qu'il tournait la tête pour voir si la truie s'était éloignée, celle-ci, profitant du moment, lui avait porté un coup de sa défense dans l'angle interne de l'œil. Saisi d'une violente douleur, l'enfant s'était relevé en toute hâte, et était parvenu, en se défendant avec les mains, à se soustraire aux coups de son ennemie.

Trois heures après cet accident, je trouvai le blessé dans l'état suivant : la paupière supérieure de l'œil gauche était œdémateuse, et présentait à l'angle interne une plaie pénétrante et lacérée, laquelle, divergeant en deux lignes, formait un angle oblique, quelque peu arqué, qui s'étendait du ligament interpalpébral jusqu'au bord interne et supérieur du tarse. La peau était déchirée dans la partie supérieure dans une étendue de huit lignes environ, et l'angle divergeant mesurait environ trois lignes. Le globe de l'œil se trouvait hors de l'orbite, jeté sur l'os zygomatique et tourné vers l'angle externe.

Dans les jours suivants, la suppuration, apparaît et s'accroît, la cornée s'opacifie et se gangrène, le volume du globe décroît.

Quant à la paupière supérieure, d'abord immobile, après que la plaie fut cicatrisée, elle commence à recouvrer peu à peu un certain degré de mobilité, et, au bout de quinze jours, la force de l'élévateur était assez grande pour ouvrir la paupière à moitié.

OBSERVATION XIII

(Clinique ophthalmologique)

Clotilde G..., 10 ans, entrée le 19 août 1897. Le 12 août, la malade a reçu un coup de corne dans l'œil gauche. Depuis ce moment elle a perdu la vue. Un lambeau de peau elliptique de quatre centimètres de longueur circonscrivait l'angle interne de l'œil. Blessure de la paupière supérieure ; rupture de la cornée, hernie de l'iris.

Le 16 août on suture le lambeau.

OBSERVATION XIV

(Jolivet de Crépy. Rec. d'ophthalm.)

Un cultivateur âgé de 30 ans reçoit un grain de plomb dans l'œil droit. Il se présente à l'examen quatre jours après. On voit une masse noire et ronde logée sous la conjonctive à un centimètre en dehors de la cornée.

Les paupières fermées, dans le repli orbito-palpébral, vers le frontal, on aperçoit une petite plaie oblique de gauche à droite et de haut en bas.

OBSERVATION XV

(Clinique ophthalmologique)

Marie-Louise T. 26 ans, tailleuse : entrée le 2 octobre 1894. Hier, vers les trois heures de l'après-midi, cette jeune fille a reçu quelques plombs de chasse au visage. Le tireur était à environ trente-cinq ou quarante mètres. Deux ou trois plombs ont pénétré dans la joue, l'oreille et le cou. Un seul a pénétré dans l'œil en perforant la paupière supérieure vers sa partie interne et la sclérotique à trois ou quatre millimètres en dedans de la cornée. La conjonctive bulbaire est injectée ; il y a de l'ecchymose palpébrale. On remarque une injection périkeratique assez prononcée. Petit bourgeon charnu au niveau de l'orifice d'entrée du plomb dans la sclérotique.

Le fond de l'œil est flou et rouge sombre ; on ne peut l'éclairer à la partie interne.

Repos au lit : six sangsues.

OBSERVATION XVI

(Clinique ophthalmologique)

François B. 73 ans. Entré le 19 septembre 1892. Un tube de chaudière, en faisant explosion, a pénétré dimanche matin dans l'œil droit du malade. Douleurs sus-orbitaires assez violentes. Plaie de la paupière inférieure.

La cornée est perforée à sa partie inférieure. L'iris est engagé entre les lèvres de la plaie. La Chambre antérieure est aplatie, avec un liquide opaque, du sang coagulé probablement.

OBSERVATION XVII

Kazaouroff. Westnick ophthalm. (Résumée)

Une jeune fille de 11 ans reçoit un coup de bâton sur l'œil droit. Trente-six heures après œdème inflammatoire des deux paupières, marqué surtout à la paupière supérieure, avec plaie déchirée de la paupière inférieure dans l'angle interne. Cette plaie de un millimètre de longueur est perpendiculaire au bord libre. Déchirure de la conjonctive dans le segment inférieur. Le bord pupillaire de l'iris est déchiré en deux endroits, en haut et en dehors en forme de triangle.

OBSERVATION XVIII

(Clinique ophthalmologique)

Jacques B. 43 ans. Entré le 12 avril 1897. Jeudi, 18 avril, le malade reçut sur l'œil gauche une pierre assez grosse, qui lui frappa la paupière inférieure. Le malade perdit subitement la vue, et actuellement l'état visuel est toujours le même. Le malade a éprouvé de vives douleurs, qui, actuellement se sont calmées..

La paupière inférieure a été légèrement sectionnée sur son bord libre. Les paupières sont gonflées; ecchymose sous-conjonctivale. La chambre antérieure est remplie de sang.

Suture de la paupière inférieure gauche.

OBSERVATION XIX

(Clinique ophthalmologique)

Antoine G. 30 ans. Entré le 28 décembre 1891. Il y a trois jours, le malade, en travaillant, reçut un éclat de fer sur le globe oculaire. Cet éclat de fer fut retiré par lui. Il y eut une

petite hémorrhagie qui cesse sous un pansement. Le malade ne ressent aucune douleur, mais la vue diminue. Conjonctivite palpébrale et bulbaire intense. La paupière inférieure a été un peu déchiquetée par le fer. A la partie inférieure et externe du globe, petit lambeau triangulaire tranchant sur le reste par sa couleur blanche. Un peu de chemosis. Un peu de sang à la partie inférieure de la chambre antérieure agrandie par la projection de l'iris en arrière. La pupille déplacée et irrégulière réagit mal à la lumière.

31 Décembre — Depuis deux ou trois jours, l'hyphéma a sensiblement augmenté ; il dépasse le bord inférieur de la pupille. Le 21 janvier l'acuité visuelle de O G = $\frac{4}{40}$.

OBSERVATION XX

(Clinique ophthalmologique)

Louis T. 26 ans. Entré le 13 décembre 1890. Le 10 décembre au matin, pendant son travail, le malade reçut dans l'œil gauche un double d'attache provenant d'une courroie qui s'est rompue, et qui était arrivée à ce moment d'une vitesse de deux mille tours à la minute. On rechercha immédiatement sur les lieux le corps vulnérant, mais sans le retrouver. Douleurs intenses, vue trouble, mais non complètement perdue. La paupière inférieure présente sur son bord une plaie linéaire de trois ou quatre millimètres, à l'union du 1/4 externe et des trois quarts internes. La conjonctive, perforée vers le tiers inférieur et externe du globe, est fortement injectée et tuméfiée dans le reste de sa superficie. Hémorrhagie de la rétine, les milieux étant transparents. On extrait le corps étranger. Les mouvements d'abduction de l'œil gauche sont légèrement gênés. La plaie de la paupière inférieure est fermée par un point de suture.

Le 20 décembre, l'hémorrhagie est en voie de régression.

OBSERVATION XXI

(Clinique ophthalmologique)

Pierre J. 54 ans. Entré le 9 novembre 1895. Il y a vingt-quatre heures, le malade a reçu un coup de corne de vache, ayant porté sur la paupière supérieure, à la région supero-interne au dessous de l'arcade de l'œil droit. Immédiatement après, douleurs autour de l'œil, cécité complète de ce côté. L'œil devint rouge sang aussitôt après le traumatisme. Plaie de la paupière supérieure à la région interne, très peu étendue de un demi-centimètre environ. La conjonctive péri-kératique est injectée, rouge cerise, un peu œdématisée. A un demi-centimètre au dessus de la cornée, hernie sous-conjonctivale, en arc de cercle, de la choroïde. Il y a du sang dans la chambre antérieure. L'iris est déchiré et déformé ; tremblement irien. Le cristallin est luxé, et on ne peut savoir où il est. Hémorragie dans le vitré.

OBSERVATION XXII

(Clinique ophthalmologique)

François C. 14 ans. Entré le 30 janvier 1897. Le malade reçut mardi dernier un éclat de bois sur l'œil gauche. Il perdit la vue instantanément. La paupière inférieure a été sectionnée à la réunion de son quart interne et de ses trois quarts externes ; elle se trouve renversée en dehors. Ecoulement d'un peu de pus : injection conjonctivale très marquée. Dans la chambre antérieure, on voit un épanchement de sang considérable, mobile, obstruant complètement le champ pupillaire.

Le 23 février la plaie est cicatrisée et le malade part.

OBSERVATION XXIII

(Clinique ophthalmologique)

Claudius A. 26 ans. Entré le 21 avril 1898. Le malade a reçu dans l'œil droit une cale en bois projetée par une machine. La paupière supérieure est fendue.

OBSERVATION XXIV

(Clinique ophthalmologique)

Philippe J. 63 ans. Entré le 18 juin 1897. Il y a un an, en rentrant les moissons, le malade est tombé d'un grenier sur une voiture, et son œil droit est venu buter contre une pique de fer. Perte de sang abondante, perte de la vue. On a suturé la paupière inférieure qui avait été fendue.

Anjourd'hui petit abcès de la cornée.

OBSERVATION XXV

(Clinique ophthalmologique)

André G. 60 ans. Entré le 13 décembre 1897, A reçu un coup de corne dans l'œil droit il y a cinq jours. L'œil est plein de sang. La paupière supérieure est fendue. Le globe est perforé, mou, diminué de volume. 14 Décembre. — Enucléation et suture de la paupière supérieure.

OBSERVATION XXVI

(Clinique ophthalmologique)

Marie C. 33 ans. Entrée le 11 juillet 1896. L'accident est arrivé hier. La malade, en débouchant une bouteille de limonade l'a fait éclater. Un fragment de verre est venu frapper l'œil gauche. La malade raconte qu'il a coulé seulement du sang au moment de la blessure. La paupière inférieure est déchirée sur une étendue de deux centimètres : la plaie est peu profonde. La malade présente de la rougeur de l'œil, de l'injection péri-kératique et du chemosis, les paupières sont rouges, La sclérotique est déchirée, la pupille déformée.

Le jour même on fait la suture de la sclérotique en réduisant l'iris hernié. On suture la paupière avec des fils métalliques.

22 juillet. — Les points de suture ont parfaitement tenu, la plaie de la conjonctive et celle de la paupière sont en bonne voie

de guérissn. L'injection de l'œil et le chemosis sont toujours assez marqués.

23 juillet. — On enlève les fils ; le résultat de l'ensemble est excellent. La pupille est toujours déformée. Mais divers incidents se produisent ; on en est réduit à pratiquer l'énucléation le 19 novembre.

OBSERVATION XXVII

(Clinique ophthalmologique)

François D..., 42 ans. Entré le 18 décembre 1895. A la suite d'un coup de fleuret, plaie dans l'angle interne de l'œil, vers la caroncule. La vue est un peu trouble.

OBSERVATION XXVIII

(Clinique ophthalmologique)

Jean G..., 74 ans. Entré le 12 août 1893. Avant-hier, chute et traumatisme de l'œil droit. La paupière inférieure a été fendue. On fait une suture dès l'entrée du malade. Le globe est mou et ratatiné.

OBSERVATION XXIX

(Clinique ophthalmologique)

M. T..., 25 ans. Entré le 29 avril 1896. Le malade présente des solutions de continuité aux deux paupières. Ecchymose conjonctivale. La plaie de la paupière inférieure est verticale. Il y a une plaie à la partie interne et supérieure de la paupière supérieure. Les deux canalicules sont coupés.

OBSERVATION XXX

(Clinique ophthalmologique)

J.-Marie B..., 52 ans. Entré le 25 février 1898. Le malade est tombé contre un bois qui lui a fendu la paupière supérieure. Déchirure du droit externe. Obs. citée dans la thèse.

OBSERVATION XXXI

(Clinique ophthalmologique)

Jean J..., 27 ans. Entré le 10 juin 1891. Il y a huit jours, le malade a reçu un coup de bouteille. La paupière supérieure est coupée en trois lambeaux. La conjonctive fortement injectée : chemosis. La pupille est déformée, l'iris s'étant engagé dans la sclérotique.

OBSERVATION XXXII

(Clinique ophthalmologique)

Henri Ch., 28 ans. Entré le 16 novembre 1894. Le malade a reçu, pendant son travail, une bavure de rivet qui a amené une déchirure du bord ciliaire de la paupière supérieure droite. La paupière est un peu gonflée, sans épanchement sanguin. La conjonctive est très rouge, avec de nombreux vaisseaux. La cornée est déchirée. Il n'y a pas de sang dans la chambre antérieure. L'iris est déformé; un lambeau de cette membrane paraît s'être engagé dans la plaie. On fait la réunion par première intention du lambeau de la paupière supérieure avec des fils d'argent. Les jours suivants on fait des pansements.

Le 22, le malade se plaint de douleurs nocturnes. Le 23 la paupière supérieure est gonflée.

OBSERVATION XXXIII

Richard Aucke (Obs. de la clinique du professeur Hirschberg)

Le 24 juin 1885, on nous présenta un enfant de dix-huit mois, Siegfried L., atteint d'une blessure récente de la paupière inférieure d'un côté. Celui qui accompagnait l'enfant ne sut rien dire sur la manière dont la blessure avait été faite. Une observation attentive montra que la paupière inférieure, dans le voisinage du point lacrymal, était visiblement séparée dans toute son épaisseur. La blessure s'étendait sur une longueur de un demi centimètre, obliquement et en forme d'arc en dehors et en bas, et de telle manière que la partie cartilagineuse de la

paupière apparaissait arrachée de la partie membraneuse juste à la limite inférieure du tarse. Dans la narcose, on réunit les deux bords de la biessure par une suture strictement sceptique et on mit un bandeau. La guérison alla tout à fait bien.

OBSERVATION XXXIV

R. Aucké, clinique du professeur Hirschberg

Le 22 juillet 1885, on nous apporta Ida B..., âgée de 4 ans. qui avait été frappée une heure auparavant dans un œil par une chèvre. Toute la paupière supérieure était arrachée, sauf un pont, large de sept millimètres, placé latéralement, qui tenait encore. La paupière pendait perpendiculairement à ce pont, qui correspondait exactement au bord supérieur du tarse. L'œil lui-même était intact. La paupière arrachée, de couleur pâle, mais normale, fut avant tout nettoyée complètement, et on rafraîchit légèrement tout le bord de la blessure. aussi loin que se montraient des lambeaux suspects.

Pour rattacher la bande de peau arrachée, on fit seulement une suture au milieu du pli, tandis que dans le reste, pour renforcer la paupière, on en plaça sept ou huit. L'opération finie, la paupière pendait fort, mais elle était complètement ajustée. Le cours de la guérison fut normal, et il resta, outre la cicatrice, un ptosis minime.

OBSERVATION XXXV

R. Aucké (clinique du professeur Hirschberg)

Le 2 décembre 1885 se présenta à nous le mégissier Hermann K. Celui-ci, le jour précédent, avait été mordu à la paupière supérieure droite par un de ses collègues dans une bataille, de telle manière que nous pûmes constater un coloboma traumatique assez allongé de l'œil droit. Comme la blessure, qui occupait toute l'épaisseur de la paupière, allait de la région du point lacrymal jusque vers le milieu de la paupière par un arc tout à fait typique, il n'y eut pas besoin d'observation plus approfondie, trouvant le tarse à nu, pour nous convaincre que

dans ce cas aussi la paupière était détachée juste à l'insertion du muscle élévateur sur le tarse.

Après un nettoyage soigneux du terrain d'opération au moyen du sublimé, et un léger avivement des bords suspects de coloboma, on fit la réunion à l'aide d'une suture placée dans la partie profonde et quelques autres sutures cutanées, sans qu'il fût nécessaire d'assurer en sa place, par d'autres sutures, le lambeau qui s'y était replacé de lui-même. Bandeau de vaseline iodoformée. Guérison sans irritation, avec reliquat de ptosis très minime.

OBSERVATION XXXVI

(Clinique ophthalmologique)

Claudia R..., 4 ans. Entrée le 20 juin 1890. Il y a quatre jours, la petite malade s'introduisit un crochet de bottine sous les paupières, dans l'angle interne de l'œil droit ; puis elle tira pour le dégager et se fendit la paupière supérieure. La plaie est transversale, à un demi centimètre du bord, allant de l'angle interne au tiers interne, de manière à former un lambeau à extrémité interne et à base externe, comprenant toute l'épaisseur de la paupière et tout le tiers interne, y compris le point lacrymal supérieur. Rougeur du sac et de la conjonctive.

Le 23. Opération. La surface divisée est cruentée, la blessure datant de six jours ; les lambeaux sont rapprochés à l'aide de sutures.

OBSERVATION XXXVII

(Clinique ophthalmologique)

Pierre B..., 35 ans. Entré le 18 octobre 1895. Le 17 octobre le malade a reçu un coup d'espagnolette en fermant une fenêtre. Le traumatisme a déterminé une déchirure de la paupière inférieure de l'œil gauche. Celle-ci présente une plaie au tiers interne, obliquement dirigée de l'angle interne jusqu'à la partie médiane et inférieure. Cette plaie a ses bords déchiquetés. Léger chemosis et épanchement de sang sous conjonctival.

Le jour même, on fait trois points de suture : pansement compressif.

Le 20, la plaie est parfaitement réunie ; le malade sort guéri avec un pansement.

Le 23, le malade revient se faire panser à la consultation gratuite.

OBSERVATION XXXVIII

(Clinique ophthalmologique)

Jean P..., 55 ans. Entré le 2 novembre 1892. Le 24 octobre, le malade est accroché par un brancard de voiture, dont il n'avait pu se garer dans l'obscurité de la nuit. Il se produit une déchirure irrégulière et anfractueuse longue de quatre centimètres environ suivant le sillon inférieur de l'orbite. La vue est intacte. La plaie a été suturée dimanche. Mais les points laissant écouler du pus, on a fait sauter les sutures inférieures. L'angle inférieur du lambeau est violacé, peu sensible, tendant au sphacèle. Suppuration.

5 novembre. La cicatrisation est presque complète ; le malade quitte le service.

OBSERVATION XXXIX

(Clinique ophthalmologique)

Auguste K..., 21 ans. Entré le 16 septembre 1895. Le malade a reçu dimanche matin dans l'œil droit un éclat d'acier qui a été retiré par le contremaitre. La vue a disparu tout de suite, l'œil était rouge. Actuellement larmoiement et photophobie. La paupière inférieure droite a été largement fendue dans le sens vertical. La conjonctive est enflammée. Le globe est douloureux à la pression ; plaie de la sclérotique et de la cornée. La pupille est déformée, l'iris tendant à faire hernie dans la plaie.

On place plusieurs points de suture pour réunir les deux lèvres de la plaie palpébrale. Le malade sort le 4 avec une acuité égale à 1/10 et du trouble des milieux.

OBSERVATION XL

(Clinique ophthalmologique)

J.-Baptiste B... Entré le 13 janvier 1894. Le malade coupait un boulon de fer, lorsqu'il reçut une bavure qui lui sauta dans l'œil droit. La paupière supérieure est fendue verticalement un peu en dedans de la ligne médiane ; la fente atteint le sourcil. La conjonctive, aussi bien oculaire que palpébrale est fendue. La sclérotique est aussi intéressée. La cornée est touchée dans une étendue de quelques millimètres à sa partie supérieure. L'iris est enclavé dans la plaie, la pupille déviée.

Excision d'un lambeau conjonctival et point de suture. On en fait ensuite six à la peau de la paupière et on termine par un point au niveau du bord libre, en arrière des cils, réunissant les deux angles de la plaie.

OBSERVATION XLI

(Clinique ophthalmologique)

Anthelmé G..., 74 ans. Entré le 15 juillet 1889). Après des libations copieuses, le malade est tombé sur le bord d'un trottoir et s'est fendu la paupière supérieure droite depuis le bord libre jusqu'au rebord orbitaire. Amené le jour même à l'Hôtel-Dieu, il refusa la suture qu'on lui proposait, et ce n'est que le lendemain qu'il accepta l'opération. Il existe une vaste ecchymose de tout le tissu cellulaire des deux paupières.

Suture des bords de la plaie après section des brides qui déjà n'issaient dans une mauvaise position les lèvres de la plaie.

OBSERVATION XLII

Mackensie

Chez un petit garçon qui me fut apporté, tous les téguments de la paupière supérieure avaient été détruits par inflammation et mortification, à la suite d'un coup de griffe de chat. Je redoutais de voir survenir un ectropion complet ; mais la plaie

se guérit lentement, et le bord de la paupière qui avait heureusement échappé, parut s'opposer à tout renversement.

OBSERVATION XLIII

(Clinique ophthalmologique)

Antonin A... 28 ans. Entré le 2 décembre 1898. A reçu sur l'œil un coin de bois lancé violemment. Vive douleur intra et péri-orbitaire. Chemosis intense. Mais la vision persiste, il ne paraît pas y avoir d'hémorragie interne. Œdème très accentué de la paupière. Celle-ci présente deux solutions de continuité une en dehors de un centimètre, l'autre de trois centimètres en avant.

On suture très soigneusement après lavage et désinfection.

OBSERVATION XLIV

Desormeaux (Résumée)

Il est entré le 16 octobre dans mon service un homme qui avait à la paupière inférieure du côté droit une plaie avec division de conduit lacrymal. Cette plaie, résultat d'un coup reçu en se débattant contre un sergent de ville, commençait au bord de la paupière, entre le point lacrymal et la commissure interne, descendait verticalement jusqu'au niveau du rebord orbitaire, puis se portait en dehors, transformant ainsi la moitié de la paupière en un lambeau qui se renversait en dehors et en bas. D'après cette disposition, il était évident que le conduit lacrymal était divisé. Je m'en assurai en introduisant par le point lacrymal un stylet d'Anel, qui ressortit dans la lèvre externe de la plaie. Lorsque je vis le malade pour la première fois, la blessure existait depuis trois jours sans avoir été pansée, et il était survenu un gonflement qui ne permettait pas de tenter la réunion. Je fis appliquer des cataplasmes et j'attendis quelques jours pour pratiquer l'opération.

Je commençai par passer une soie au moyen d'un stylet de

Méjean que je fis entrer par le point lacrymal et sortir dans la plaie ; puis je cherchai dans la lèvre interne l'autre bout du conduit divisé, par où j'introduisis le même stylet jusque dans le sac lacrymal. Arrivé là, je ne pus pas le faire descendre dans le nez, et je l'amenai au dehors par une incision semblable à celle que l'on fait dans l'opération de la fistule lacrymale ; je fis ensuite descendre dans le canal nasal et sortir par la narine le bout de la soie que j'avais amené au dehors par la plaie du sac. Je réunis la plaie préalablement rafraîchie au moyen de deux points de suture placés l'un au-dessus, l'autre au-dessous du conduit. J'eus soin, en enfonçant mes aiguilles de faire tendre le fil de soie, afin que les extrémités du conduit fussent mieux affrontées. Le quatrième jour j'enlevai les points de suture ; la plaie était réunie jusqu'au dessus du conduit ; sa partie supérieure présentait seulement un petit écartement. Depuis l'opération, j'ai continué à tirer chaque jour un peu de la soie, que j'ai laissée si longtemps pour m'opposer au resserrement de la cicatrice.

OBSERVATION XLV

(Clinique ophthalmologique)

Léon G..., 66 ans. Entré le 16 septembre 1892. En travaillant, le malade reçut un coup qui lui fendit la paupière inférieure gauche à l'angle interne dans le sens vertical. L'œil n'a pas été atteint. Aujourd'hui la paupière est rouge et congestionnée. Dans l'angle interne cicatrice irrégulière grâce au manque de soin, intéressant l'ouverture du canal lacrymal. La paupière est légèrement tombante.

20 septembre. Suture des lèvres de la plaie. On ne peut restaurer le canal lacrymal ; on est obligé de faire une ouverture sur la sonde.

OBSERVATION XLVI

Delobel de Noyon, Rec. d'ophth. (Résumée)

L'éclusier reçoit le 16 septembre 1888 un coup de pied de

cheval sur l'œil droit et le front. Nous le voyons une heure après l'accident et nous constatons qu'il existe, au-dessus de l'arcade sourcilière une plaie de deux centimètres et demi d'étendue, assez profonde, mais ne paraissant pas intéresser l'os frontal. La paupière supérieure est divisée en son milieu dans toute son épaisseur de haut en bas, obliquement de droite à gauche et de dehors en dedans ; le bord palpébral lui-même est intéressé, car le cartilage tarse est divisé complètement aussi en son milieu. Ces deux moitiés de paupière sont relevées. La paupière inférieure est aussi fortement intéressée ; le bord palpébral, y compris le cartilage tarse est divisé en son milieu dans toute son épaisseur, cette déchirure a six millimètres d'étendue. De chaque côté de cette division de la paupière s'étend une déchirure parallèle au bord palpébral, se dirigeant l'une vers l'angle externe, l'autre vers l'angle interne jusqu'auprès du nez. De l'endroit où la déchirure de gauche se termine en part une autre qui se dirige en bas ; elle a deux centimètres à peu près ; elle est courbe, à concavité regardant l'œil sa convexité tournée vers le nez. Les déchirures de la paupière inférieure formaient donc un lambeau triangulaire. Celui-ci était adhérent par la base à sa face profonde et rejeté sur la joue. Œil intact, n'a pas la moindre lésion ; il était complètement souillé de sang à demi coagulé et d'un peu de terre. Les déchirures sont simples, c'est-à-dire sans bords déchiquetés ni machés.

Lavages antiseptiques. Sutures : deux au fil d'argent à la plaie frontale ; trois à la paupière supérieure, l'une en fil de soie est faite la première au bord palpébral dans l'épaisseur du cartilage tarse ; les deux autres au crin de Florence. Nous en faisons six à la paupière inférieure en commençant aussi la première au fil de soie au bord palpébral. Les autres sutures au crin de Florence sont faites ainsi : deux vers le sommet du triangle pour rattacher le lambeau d'une part au bord

de la paupière, d'autre part à la peau du nez ; une quatrième est faite vers l'extrémité de la déchirure courbe ; une cinquième entre la pointe du triangle et le milieu de la paupière, une dernière à la partie externe. Pansement compressif.

18 septembre. — Un peu de gonflement et de suppuration. La pointe du triangle est noire : je l'enlève avec des ciseaux.

21 septembre. — Toutes les sutures ont réussi ; j'enlève les fils. La plaie frontale est guérie, la paupière supérieure bien reformée. La paupière inférieure offre encore un peu de suppuration au sommet du triangle où existe une petite plaie avec bourgeons charnus : cautérisation au nitrate d'argent.

25 septembre. — Le malade reprend son service. Il existe un léger ectropion de la moitié externe des deux paupières.

Le malade revu deux mois après n'est pas incommodé par son ectropion ; il peut contracter les paupières ; pas de larmolement.

OBSERVATION XLVII

(Clin. ophthalm.).

Fernand S..., 39 ans. Entré le 24 octobre 1899. Il y a huit ans, le malade a reçu un morceau de métal dans l'œil droit. Il vint dans le service en 1897 pour une iritis. Cette année, le 23 octobre, son fusil a éclaté. Il a reçu dans l'œil gauche un éclat de l'arme. Peut-être aussi, comme il l'explique, le chien du fusil est-il venu frapper son œil dans l'angle interne.

La paupière supérieure de l'œil gauche est fendue. La plaie est située dans l'angle interne. Elle commence sur le bord ciliaire de la paupière à l'union du $\frac{1}{5}$ interne et des $\frac{4}{5}$ externes. Elle vient se terminer dans l'angle formé par l'union du sourcil et de la racine du nez. Sa direction est donc oblique de dedans en dehors et de haut en bas. Elle présente une double courbure dans deux plans différents. Elle est encore dans le sens antéro-postérieur comme la région elle-

même. Elle a de même une concavité marquée dans le sens transversal, la concavité étant dirigée du côté interne. La courbure est plus marquée à la partie supérieure de la plaie. De la convexité, c'est-à-dire du côté externe, on voit deux petites déchirures parallèles de 1 centimètre de long, se séparer de la déchirure principale. L'une est située à la moitié de cette déchirure, l'autre au niveau du quart inférieur. Ils paraissent suivre les replis cutanés de la face antérieure de la paupière.

La forme de la plaie est des plus complètes, les bords présentent des biseaux contrariés. De plus, les plans de la paupière ont été séparés, clivés par le traumatisme.

Le chien de l'arme s'est incrusté dans la peau, l'a sectionné, puis par sa pression a détaché les plans antérieurs.

On tente l'extraction du corps étranger à l'aide de l'aimant. La suture de la paupière dure trois quarts d'heure à cause des difficultés qu'on éprouve à rétablir les bords de la paupière dans leur intégrité. On passe 5 ou 6 points de suture, intéressant toute l'épaisseur du tissu. L'affrontement est parfait. 9 nov. On enlève quelques points de suture. Le 18, la cicatrisation est achevée.

Le 21, la paupière a repris sa forme normale: la cicatrice est un peu violacée. Le fonctionnement est parfait.

OBSERVATION XLVIII.

(Clinique ophtalmologique).

Pierre S..., 37 ans 1/2. Entré le 23 janvier 1897.

Ancien traumatisme, cicatrisation vicieuse. Observation citée in-extenso dans la thèse.

OBSERVATION XLIX

(Clinique ophtalmologique).

Léon J..., 16 ans 1/2. Entré le 18 septembre 1899. Le malade est tombé à l'âge de 10 mois sur un éclat de verre. On lui restaura les paupières. Mais par suite de la rétraction cica-

tricielle, il y eut une énorme déformation de l'orifice palpébral. Cet orifice est losangique, le grand arc du losange étant celui de la fente orbitaire habituelle.

Ectropion du bord palpébral inférieur, au milieu de la paupière. Cicatrice linéaire dirigée de bas en haut et de dehors en dedans au-dessous du bord palpébral inférieur. Fermées, les paupières ne recouvrent pas le globe de l'œil.

OBSERVATION LI.

(Clinique ophthalmologique).

Jean C..., 53 ans. Entré le 22 octobre. Il y a 4 mois, le malade étant tombé sous une voiture chargée de charbon, a eu la mâchoire fracturée. En même temps, plaie au niveau de l'orbite.

Actuellement la mâchoire est soudée, mais les deux fragments ne sont pas à la même hauteur; le gauche est de un centimètre plus élevé. Sur la joue, cicatrice tirant comme dans une poulie la peau de la paupière inférieure. La paupière supérieure est coupée en deux en son milieu et suppure encore un peu. Conjonctive rouge.

Les deux segments de la paupière sont tirés par leurs angles correspondants, de façon que la ligne des cils est verticale au lieu d'être horizontale.

Le cornée a subi une perte de substance entourée d'une zone de d'infiltration; le reste est trouble.

Pupille rétrécie.

5 décembre. — Section de la bride supérieure. Avivement des bords de la plaie et restitution de la paupière par la rapprochement de ces deux bords.

OBSERVATION LI.

(Clinique ophthalmologique).

Antoine C..., 16 ans. Entré le 8 août 1894. Traumatisme qui a accroché les paupières de l'œil droit et qui semble avoir tiré

en dehors les deux voiles palpébraux à peu près dans les mêmes conditions ; c'est à dire qu'après avoir arraché la paupière, il l'a fait déborder sur la peau et prendre place dans une nouvelle position par suite de la suture irrégulière des surfaces cruentées.

OBSERVATION LII.

(in Klin. Monatsbl. 1879. page 322. Résumé).

En septembre 1873, on me présenta Wilhelmine Witte, âgée de 4 ans, fille d'un gardeur de vaches d'Osterwald près de Hanovre. La mère déclara que l'enfant s'était blessé l'œil droit en tombant sur la dent d'une fourche qu'on lui présentait.

Je trouvai le bulbe entièrement intact ; la mobilité était normale et l'acuité aussi. De la paupière supérieure sortait un bourrelet de couleur brun rouge. Il se trouvait dans une blessure à mi-hauteur de la paupière au-dessous du foramen supra-orbital.

La blessure avait 6 millimètres de longueur ; elle se trouvait à 13 millimètres au-dessus du bord de la paupière et commençait à 14 millimètres du point lacrymal supérieur. C'était le ventre du muscle élévateur de la paupière supérieure. La structure musculaire était méconnaissable. Le tissu était enflammé, cedematié, infiltré de sang. La portion de muscle qui se présentait avait une longueur de 15 millimètres, une largeur de 6 millimètres une épaisseur de 3 millimètres ; elle était serrée dans la blessure et présentait au milieu de sa largeur un étranglement. Le muscle avait avancé jusqu'à cette place immédiatement après la blessure et ce n'est que le jour suivant qu'il atteignit la largeur actuelle.

Un chirurgien renommé auquel je montrai l'enfant pensa que le morceau qui se présentait en avant était l'extrémité postérieure du muscle, que la fourche avait séparée et tirée en dehors. Il basait son opinion sur la grande longueur du ventre du

muscle sorti. Mais on ne sentait au-dessus de la blessure aucun sillon qui pourtant aurait dû exister, mais bien un trait plus dur. Pourtant l'enflure de la paupière empêchait une affirmation plus exacte. On reconnaissait tout aussi peu une fente au-dessous de la blessure. Je fus aussitôt convaincu que la déchirure du muscle s'était faite à l'insertion tarsale, et que le morceau qui sortait était l'extrémité inférieure. Il n'y avait pas eu au niveau de la blessure d'hémorragie abondante, aussi on ne trouvait pas d'échymose.

Le lendemain je remplaçai le muscle, j'élargis la blessure des deux côtés et je débridai le tissu infiltré jusqu'à ce que le muscle fût tout à fait mobile. Il se confirma que le muscle élévateur était séparé précisément à l'endroit de son insertion tendineuse sur le tarse. On trouva une poche vide en cet endroit. L'extrémité antérieure déchiquetée du muscle fut enlevée sur une longueur de 4 millimètres, aussi bien que l'enveloppe de tissu conjonctif infiltré de sang. Alors je remplaçai le muscle et fis une suture au milieu de la blessure.

Les jours suivants, il s'ensuivit une enflure modérée et une légère suppuration. Le huitième jour, la blessure était fermée; le douzième jour après l'opération, la fente des paupières pouvait déjà s'ouvrir de 9 millimètres. La cicatrice était immédiatement sous le bord de l'orbite; à côté d'elle la peau de la paupière était un peu épaissie.

Trois mois après le mouvement des paupières était entièrement pareil dans les deux yeux; de même au dernier examen de cette année (6 ans après).

OBSERVATION LIII

(in Viciano; arch. ophth. 89, p. 509;

empruntée à M. Chevallereau), résumée

Georges R..., âgé de 31 ans, à Paris, a reçu le 30 mai un coup de fleuret qui produisit une blessure pénétrante de l'orbite

à l'union du $\frac{1}{3}$ interne avec les $\frac{2}{3}$ externes de la paupière supérieure et à 6 millimètres au-dessous du sourcil. Le malade ressentit une sensation de déchirure au moment de la production de la blessure, et celle-ci coïncida avec la chute soudaine de la paupière; il se produisit une vaste ecchymose palpébrale et sous-conjonctivale qui disparut d'ailleurs huit jours après l'accident.

Le 14 juin, le malade s'est présenté à la consultation des Quinze-Vingts, et nous y constatâmes, avec le ptosis de la paupière gauche, une cicatrice de la grandeur d'un petit pois qui correspond au siège de la blessure.

Quand on lui dit d'ouvrir l'œil, le malade n'arrive à réaliser ce mouvement, qui ne dépasse pas 2 millimètres, qu'après une forte contraction du muscle frontal, de telle sorte qu'en supprimant l'action de ce muscle par la pression faite sur le bord orbitaire, le relèvement palpébral lui devient impossible. Point de douleurs, les culs-de-sac conjonctivaux sont hyperhémisés ou plutôt ecchymotiques. Le point blessé n'a pas contracté d'adhérence avec le périoste. Le fleuret est entré dans l'orbite sans blesser la conjonctive. Le globe oculaire reste intact et la cornée transparente. La pupille est dirigée en bas et un peu en dehors, ses mouvements dans le sens contraire sont tout à fait limités.

La diplopie est caractéristique et ne donne lieu à aucune confusion; tout d'abord elle ne se produit que lorsque l'objet dépasse le diamètre horizontal. Si la bougie se dirige en haut et en dedans, les images sont séparées dans le sens vertical, croisées et un peu inclinées.

OBSERVATION LIV

(De Grœfe, in Archiv für ophth. 1866). Résumée

Un garçon de dix ans me fut amené pour une blessure de la paupière supérieure. Un gros morceau de verre s'y était enfoncé en tombant, mais était retombé aussitôt, blessure qu'il

avait reçu le jour précédent, et qui, au grand effroi des parents, fut suivie presque immédiatement d'une « grosse bosse ». De la blessure, longue de huit millimètres, et qui séparait la paupière supérieure dans toute son épaisseur, parallèlement au bord de la paupière, sort un tampon rougeâtre, de la forme et de la grosseur d'une phalange, sur lequel on peut reconnaître aussitôt des lambeaux souillés de la glande lacrymale. L'excroissance pendait par dessus la fente des paupières qu'elle recouvrait en partie, et était quelque peu détachée à sa base. Une hémorrhagie dans l'orbite se manifestait par une légère saillie de l'œil, par de fortes ecchymoses de la conjonctive. Il faut remarquer d'ailleurs que l'enfant avait les yeux naturellement saillants.

Je fermai la blessure par dessus la glande au moyen de quatre sutures. Le tiers inférieur de la blessure s'enflamma. Mais le prolapsus ne se reproduisit pas. La guérison fut assez lente. On sentit encore la partie atteinte durcie par une infiltration. Ce durcissement est allé en diminuant, de sorte que, lorsque, cinq semaines après, on enleva les sutures, il n'y en avait plus de traces. Il n'y eut pas de fistules.

OBSERVATION LV

(Haltenhoff, in *Ann-d'Ocul.* 1895). Résumée

L'hiver dernier, à l'âge de deux ans et demi, cet enfant tomba en avant dans un chemin plein de cailloux brisés. Il se relève le visage ensanglanté et ne peut plus ouvrir son œil droit. Le médecin appelé trouve cet œil gonflé, impossible à ouvrir, et, à la paupière, une plaie d'où sort une masse solide saignante. Il applique un pansement régulier. Je vois le malade trois jours après l'accident. L'enfant n'a pas souffert mais ne peut toujours pas ouvrir l'œil. Je trouve la paupière supérieure tombante, œdémateuse, tendue et assez fortement ecchymosée. Dans son tiers externe, à quelques millimètres au-dessus de son bord

libre, elle porte une sorte de champignon d'aspect charnu, d'un gris rougeâtre, livide et d'une consistance qui semble trop ferme pour un simple caillot. J'avoue qu'au premier abord je fus un peu effrayé à l'aspect de cette tumeur, vu sa ressemblance avec un prolapsus chorio-rétinien, comme il s'en présente parfois dans certains traumatismes du globe. Elle adhérait, par une sorte de pédicule, au fond d'une plaie horizontale de la peau.

Après examen, je constate l'intégrité parfaite du globe oculaire. Il s'agit évidemment d'une hernie de la glande lacrymale. L'arête tranchante d'un caillou brisé, peut-être d'un tesson de verre ou de poterie, a dû sectionner la paupière pendant qu'elle était ouverte, pénétrer obliquement de bas en haut à travers son ligament suspenseur qui protège la portion orbitaire de la glande, et la luxer hors de la plaie. C'est en effet à cet organe que répondent la forme arrondie, un peu ovalaire de la tumeur, son épaisseur de 5 à 6 millimètres au centre, son diamètre de 12 à 15 millimètres environ et sa consistance compacte. Il me parut difficile de faire réintégrer à la glande herniée son domicile légal, d'autant plus qu'après trois jours d'étranglement, elle risquait peut-être de se gangrener ou de suppurer. Aussi profitai-je de la narcose pour l'exciser au ras de la paupière. J'aperçois alors au fond de la plaie quelques grumeaux gris rosés, paraissant être des lobules de glande.

La plaie, réunie par deux sutures de soie et pansée au dermatol, se ferme par première intention, sauf une fistule punctiforme, qui donnait un liquide clair comme de l'eau, mais qui ne tarda pas à se fermer aussi. La guérison fut parfaite et la cicatrice est très peu apparente. On ne remarque aucune différence dans l'aspect des deux yeux.

OBSERVATION LVI

Viciano in Arch. ophth, 89 p. 509 (Résumée)

Un malade de 23 ans, à Valence reçut un grain de plomb

dans l'œil droit au moment où son frère, placé à quarante mètres de lui s'occupait à tirer sur un oiseau ; il vint nous consulter de suite et nous pûmes constater l'existence d'une petite plaie circulaire à la partie supéro-interne de la paupière supérieure, à 3 millimètres au dessous du rebord orbitaire, qui avait produit un peu d'œdème de cette paupière et qui l'empêchait de s'ouvrir. En écartant celle-ci, on apercevait une vaste ecchymose bulbaire, avec une petite plaie conjonctivale occupant la partie supérieure à 5 millimètres du bord de la cornée et dans la direction du muscle droit supérieur dont l'insertion était détachée dans sa partie interne : nous trouvâmes, après un examen un peu minutieux le grain de plomb logé entre le tendon et la partie interne de la capsule de Ténar. Un hypohéma abondant avec hémorragie très intense du corps vitré complétait la symptomatologie de ce fait.

Nous procédâmes à une opération immédiate et de la manière suivante : après avoir bien cocaïnisé le malade, nous fîmes une irrigation prolongée de sublimé à $\frac{1}{5000}$, qui servit non seulement à désinfecter la plaie mais à débarrasser les culs-de-sac des caillots accumulés. Je mis l'insertion musculaire à nu par une excision conjonctivale, et avec une pince, je retirai le grain de plomb : J'appliquai ensuite une suture qui enserrait la partie détachée du tendon et la capsule, de façon à l'amener au niveau de la partie du muscle restée en place. Nous fîmes un pansement antiseptique approprié. Le jour suivant, le malade accusait quelques douleurs ; l'œil était plus injecté et la perception lumineuse dans le même état. Au 6^{me} jour, le mieux se déclara ; le malade comptait les doigts à 3 mètres. L'infection bulbaire avait diminué et les milieux s'éclaircirent. Après 22 jours, le malade avait une acuité visuelle = 1 avec un champ de regard tout à fait normal et sans aucune diplopie.

OBSERVATION LVII

(Mackensie)

Un petit garçon eut la paupière déchirée dans toute son épaisseur près de son angle interne par un coup de patte de chien. On le porta dans la boutique d'un chirurgien, où l'on appliqua sur la plaie un emplâtre adhésif. Ayant été appelé à le voir quelques jours après, je trouvai le lambeau roulé en dehors de telle sorte qu'on n'en apercevait plus les cils. La réunion n'était point trop avancée, je pus, à l'aide d'une sonde, déchirer les adhérences, après quoi je pratiquai quelques points de suture et j'appliquai une compresse maintenue par une bande.

OBSERVATION LVIII

(Mackenzie)

J'ai vu, au Glasgow Eye Infirmary, un homme qui, en tombant sur le bord d'un poêlon en fer, s'était divisé la paupière supérieure et le muscle droit interne. Le globe de l'œil était proéminent et dirigé en haut, de sorte que la pupille se trouvait derrière le bord de la paupière supérieure. Il ne pouvait pas diriger la pupille vers le nez. Il existait entre le globe de l'œil et la paupière supérieure un symblépharon partiel que je divisai; après quoi les mouvements de l'organe s'améliorèrent graduellement.

OBSERVATION LIX

(Clinique ophthalmologique)

B..., 34 ans. Entré le 5 juin 1896. A la suite d'un traumatisme par boule de neige à l'âge de douze ans, le malade, d'un bon état de santé antérieur, ne peut plus soulever la paupière supérieure. Au moment de l'accident, conjonctivite et œil complètement fermé. La vue a diminué depuis.

Actuellement ptosis. La paupière supérieure descend jusqu'au niveau inférieur de la pupille.

OBSERVATION LX

(Clinique ophthalmologique)

Marius B..., 20 ans. Entré le 7 août 1870. Dimanche, le malade a eu la paupière supérieure droite en grande partie détachée par un crochet auquel on suspend habituellement des marchandises (?) La paupière est adhérente encore par un petit pédicule extérieur. Ptosis. On fait des points de suture.

Avivement et suture des deux bords de la plaie.

OBSERVATION LXI

(Britto. In arch. d'opht. 1887). Résumée

Le 30 août 1886, j'ai été consulté par J. V... pour une blessure produite il y a 6 six mois sur l'œil droit par un morceau de fil de fer. L'instrument, qui pénétra de droite à gauche, produisant une légère hémorragie, fut de suite retiré. Les phénomènes inflammatoires calmés, le malade remarqua que les objets étaient vus doubles. Les images sont superposées, la droite en bas et à gauche; l'écart des images se produit à mesure que le malade regarde en bas. Quelques jours après le malade note que, sur un point où le corps vulnérant avait pénétré, se développait une tumeur qui grandissait rapidement, végétation consécutive de l'hyperthrophie du corps papillaire de la conjonctive.

Je fis l'excision de la tumeur; et, comme le droit inférieur avait été reculé par l'agent traumatique, je crus plus rationnel de chercher le muscle, de le dégager de ses nouvelles adhérences, et le remettre en sa place primitive. L'avancement du muscle est pratiqué le 3 septembre. Après avoir fait l'incision au-dessus de la cicatrice, parallèlement au bord cornéen, je commence à rencontrer des difficultés pour décoller la conjonctive, dont les adhérences continuent encore en bas. A mesure que je pratique le décollement, je fais irriguer le champ opératoire, pour mieux me renseigner sur la nouvelle situation du

muscle et l'étendue des adhérences. Après des tentatives réitérées, le crochet double de De Wecker ne saisit qu'un petit faisceau du muscle. Je continue à séparer la conjonctive, rencontrant toujours des difficultés qui prouvent l'existence d'adhérences consécutives au processus inflammatoire étendu trop en arrière. Je peux enfin saisir le muscle, dont la fausse insertion se faisait très postérieurement.

La néo-insertion détachée, je passe des fils de suture. Le résultat obtenu est insuffisant. L'excursion en bas se fait avec un peu de facilité, mais le malade accuse encore de la diplopie. On retire les fils 5 jours après. La correction a encore diminué..

Devant ce résultat, on pratique la ténotomie de droit inférieur gauche, 5 jours après, la fusion des images est complète.

OBSERVATION LXII.

(Bourgeois, in Arch. d'ophthalm. 1891. Résumée).

Homme de 64 ans, qui, en tombant avec violence sur l'angle d'un coffre à bois eut une rupture du droit inférieur droit. On voyait au point d'insertion sous cornéen du tendon, une petite masse charnue, grosse comme un pois, représentant le tiers antérieur du muscle. Le malade offrait les symptômes classiques de la paralysie du droit inférieur, avec strabisme supérieur très prononcé.

Pour diverses raisons, on ne put pratiquer l'avancement du bout postérieur. Le traitement qui fut appliqué tardivement consista dans la ténotomie du droit supérieur. On n'aurait pas pu pratiquer la ténotomie du droit inférieur gauche, car le malade avait un certain degré de ptosis double. Le résultat fut d'ailleurs satisfaisant; la diplopie était supprimée par une légère inclination de tête. La blessure n'avait déterminé aucune lésion intra-oculaire.

OBSERVATION LXVIII

(Viciano, in Arch. d'ophthalm. 1889, empruntée à Valude).

Blessure par coup de parapluie ayant provoqué un symblé-pharon et du ptosis.

Citée in-extenso dans la thèse.

OBSERVATION LXIV

(Clinique ophthalmologique)

Claude M. 34 ans. Entré le 13 avril 1894. Il y a un mois environ le malade s'est coupé la paupière avec un crayon. L'œil n'est pas atteint. L'inflammation disparue, la paupière n'a pu remonter. En même temps les mouvements d'abaissement du globe présentent une légère imperfection. Section du releveur de la paupière supérieure et probablement aussi, lésion du droit supérieur.

Deux mois après, le malade revient pour faire traiter son ptosis.

Le 21 juin, opération de Panas. Pansement iodoformé.

CONCLUSIONS.

I. — Les déchirures des paupières sont assez fréquentes et assez graves, par leurs conséquences possibles sur le fonctionnement de l'organe de la vision pour nécessiter une étude approfondie et un traitement énergique.

II. — Les formes de ces déchirures sont essentiellement complexes. Elles ne dépendent pas tant des mécanismes divers du traumatisme que de la profondeur de la lésion. Il est absolument nécessaire de se rendre un compte exact de l'état des parties ; et pour arriver à ce résultat, il faut étudier minutieusement tous les détails de la plaie.

III. — Ces détails une fois reconnus, il faut se hâter d'intervenir pour éviter les cicatrisations vicieuses, la plus terrible des conséquences des déchirures des paupières. L'intervention ne souffre aucune contre-indication.

IV. — On adaptera avec le plus grand soin les portions séparées d'un même tissu ; mais sous aucun prétexte on ne retranchera une partie quelconque des lambeaux. On fera la suture méthodique, plan par plan si cela est nécessaire. Si l'on est appelé à intervenir deux ou trois jours après l'accident, on devra déchirer les adhérences vicieuses pour remettre tout en l'état et pouvoir rétablir la paupière dans sa forme absolue.

V. — Il faudra, autant que possible, intervenir avant la formation d'une cicatrice vicieuse définitive, contre laquelle on est trop souvent désarmé.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
GAYET.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 28 novembre 1899.

LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

A. PARÉ. — Œuvres, livre X.

LAWRENCE. — Treatise on the Diseases of the Eye 1841.

FLARER. — Annales d'oculistique 1848.

DESORMEAUX. — Bulletin de l'Académie de Médecine (1849-50).

DESMARRES. — Traité théorique et pratique des maladies des yeux 1854.

MACKENSIE. — Traité pratique des maladies de l'œil 1856.

ARLT. — Traité des blessures de l'œil 1877.

ABADIE. — Traité des maladies des yeux 1877.

YVERT. — Traité des blessures de l'œil.

DE WECKER. — Thérapeutique oculaire 1879.

GAYET. — Congrès de chirurgie 1894.

GAYET. — Archives d'ophtalmologie 1892.

PANAS. — Traité des maladies des yeux 1894.

TERSON. — Traité de chirurgie (Duplay et Reclus) 1897.

DELENS. — Traité de chirurgie (Delens et Delbet) 1898.

RAMPOLDI. — Annali di Ottalmologia 1890,

KLINISCHE MONATSBLETTTER.

RECUEIL D'OPHTHALMOLOGIE.

ARCHIVES D'OPHTHALMOLOGIE.

ANNALES D'OCULISTIQUE.

WESTERICK OPTHALMOLOGIE.

DE GRÆFE. — Archiv, für-Ophth. XII 1866.

FÉVRIER, — Annales d'ocul. T. CXII p. 197.

